Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. | № 17. | Ausgegeben am 1. September.

Inhalt:

Originalien: Im Dienste der Lebensversicherung. S. 333. — Gollmer, Die „rückständige“ Versicherungsmedizin. S. 336. — Eisenstadt, Zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung. S. 337.

Referate. Sammelbericht: Nadoleczny, Bericht über die oto-rhinologische Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigen-Tätigkeit. S. 345.

Chirurgie: Wohlgemuth, Die Narkose und der Narkotiseur. S. 351. — Pletzer, Äthernarkose und postoperative Entzündungen der Luftwege. S. 351. — Richter, Ein Fall eines Fremdkörpers im Brustfellsacke. S. 351. — Rebentisch, Ein eigenartiger Fremdkörperbefund bei Appendicitis. S. 351. — v. Kubinyi, Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekieles aus der Harnblase; Beitrag zur Kasuistik der Erkrankungen der Cauda equina, resp. des Conus medullaris. S. 352. — Hermes, Blasenruptur. S. 352.

Gynäkologie: Leers, Zur Kasuistik der Verletzungen der weiblichen äußern Genitalien durch Sturz oder Stoß. S. 352. — Kob, Drei in einem kurzen Zeitraum hinter einander in foro verhandelte Fälle von Puerperalfieber. S. 352. — Sigwart, Moderne Bestrebungen der Prophylaxe des Puerperalfiebers. Krömer, Die Prophylaxe der Wochenbettsmorbidität an der Gießener Entbindungsanstalt. S. 352. — Credé, Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. S. 352. — Valenta, Über Uterusruptur. S. 353. — v. Kubinyi, Gefährliche Blutung aus den Harnwegen während der Schwangerschaft. S. 353. — v. Herff, Zur Frage der Wahrnehmung von Herztönen vor der Mitte der Schwangerschaft. S. 353. — Schönberg, Über den Nachweis des Kindes in der Gebärmutter mittels Röntgenstrahlen. S. 353. — Schmidlechner, Fall von Tetania gravidarum. S. 353. — Jacoby, Tod intra partum durch innere Verblutung infolge Ruptur eines Mesenterialgefäßes (Venenruptur in der Gegend des Mesocolon). S. 353. — Küstner, Schwierigkeiten bei der forensischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen. — S. 353.

Gerichtliche Entscheidungen. Aus dem Reichsversicherungsamt. Die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhanges genügt allein nicht zur Begründung eines Rentenanspruches. S. 353.

Bücherbesprechungen und Anzeigen. S. 354.

Tagesgeschichte. Beschäftigungskuren. S. 355. — Schlechte Wohnverhältnisse von Versicherten. S. 355. — Reichsgesetz über die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden. S. 356. — Augenarzt oder Optiker. S. 356. — Tod infolge Tollwut. S. 356. — Internationale kriminalistische Vereinigung. S. 356.

Im Dienste der Lebensversicherung.

Es sind südafrikanische Verhältnisse, von denen im folgenden die Rede ist, denn es ist die freie Wiedergabe eines Vortrags, den ein Dr. C. Gomann-Kitching vor kurzem in Kapstadt in dem dortigen Verein für Versicherungswissenschaft gehalten hat. Es lag ihm daran, einmal ein Bild zu zeichnen, wie sich der versicherungsärztliche Dienst in der Praxis, im täglichen Leben, abspielt — aber im südlichsten Ende von Afrika, in der Kapkolonie, nicht bei uns. Wenn aber trotzdem ein Vertrauens- oder Revisionsarzt während der Lektüre zu dem Glauben kommen sollte, daß von seinen eigenen, in Deutschland gemachten Erfahrungen, von unseren ureigenen, heimischen Verhältnissen die Rede ist, so ist das seine Sache, es kann ihm nur entgegengehalten werden, daß der Vortrag in englischer Sprache in Kapstadt gehalten und im Original in der Versicherungszeitschrift: The Review Vol. XXXV. Nr. 1681 ff. abgedruckt ist.

. . . . . . Die Lebensversicherung ist bereits in so breite Schichten der Bevölkerung eingedrungen, die Tätigkeit der Agenten ist eine so rührige, daß es nur wenige Ärzte gibt, die nicht mit vertrauensärztlichen Untersuchungen für irgend eine der Lebensversicherungsgesellschaften zu tun haben oder gar als Vertrauensärzte einer solchen eingesetzt sind. Ihre Leistungen freilich sind, zum wenigsten für den Anfang, so lange sie nicht einige Erfahrungen gesammelt haben, recht wenig befriedigende. Es fehlt ihnen gewiß nicht an dem guten Willen, ihrem Amte gerecht zu werden, aber es fehlt ihnen an der richtigen Auffassung ihrer Aufgabe, der Kenntnis von dem, was von ihnen verlangt wird. Den kranken Antragsteller als Kranken zu diagnostizieren und von der Versicherung fern zu halten, ist eine leichte Sache, aber schwierig ist es, den nur scheinbar Gesunden von dem wirklich Gesunden abzuscheiden, frühzeitig den Pferdefuß zu entdecken, der sich hinter dem Mantel einer scheinbaren Gesundheit versteckt, das Fallen der Quecksilbersäule am physischen Barometer zu beobachten, das den kommenden Sturm und den drohenden Untergang anzeigt.

Als ich studierte, geschah der Lebensversicherung nie Erwähnung; die Lehrbücher schwiegen sich aus und kein Wort darüber wurde im Kolleg verloren. Und ist es heute anders? Ich glaube nicht. Wäre es anders, wie viele Unannehmlichkeiten im Verkehr der Ärzte mit der Lebensversicherung würden vermieden, welche Ersparnisse an Zeit, unnützen Schreibereien und Porto würden gemacht werden. Die umfangreichen Formulare, die ewigen Rückfragen, die wiederholten Vorstellungen der Antragsteller würden unnötig, und vor allem die Sterblichkeitserfahrungen der Gesellschaften bessern werden. Gewiß untersucht der Vertrauensarzt den Antragsteller nicht anders, als er es in der Klinik, am Krankenbett gelernt hat, aber die Voraussetzungen der Untersuchung und die Gesichtspunkte, unter denen er sie vorzunehmen hat, sind andere. Er soll nicht nur Befunde geben, ein klinisches Bild der Person zeichnen, er soll dem Revisionsarzt ein Urteil über die Lebensprognose des Untersuchten er-

möglichen und dazu gehört mehr als eine bloße Befundbeschreibung nach dem Rezepte der Klinik. Der Vertrauensarzt allein hat den Fall vor sich, er allein kann nach dem allgemeinen Eindruck des Untersuchten sich ein Urteil bilden; er nur kann sagen, ob der Mann in seinen Angaben glaubwürdig ist, er nur kann das „je ne sais quoi" empfinden, das so oft einen Wink nach der einen oder anderen Seite gibt. Alles das spricht bei der Stellung der Lebensprognose mit, und geht der Vertrauensarzt achtlos darüber hinweg, so scheiden diese Faktoren bei der Beurteilung des Risikos überhaupt aus, denn der Revisionsarzt sieht den Antragsteller nicht, er steht ihm nur auf dem Papier und nicht Auge im Auge gegenüber.

Sind begründete Einwände gegen die Untersuchung oder die Abfassung des vertrauensärztlichen Gutachtens zu erheben, so müssen sie natürlich vom Revisionsarzt erhoben werden. Angenehm ist ihm diese Korrespondenz aber niemals und er ist immer froh, wenn sich irgend ein anderer Ausweg bietet, etwa durch ein hausärztliches Attest oder vertrauliches Gutachten, über den beanstandeten Punkt hinwegzukommen. Denn mancher Ärger wird dadurch erspart, mancher leider bleibt, denn es gibt Fälle, die geradezu verhext sind, bei denen Briefe auf Briefe geschrieben, Nachprüfungen auf Nachprüfungen gefordert werden müssen, weil man zwar einen Berg von Auskünften erhält, aber niemals die, die man haben will, wo sich Haufen von Spreu ansammeln, bis man endlich die paar Körnchen Weizen findet, nach denen man gesucht hat.

Freilich sorgt auch der Antragsteller dafür, daß dem Vertrauensarzt sein Amt nicht zu leicht wird und nicht immer seine Schuld ist es, wenn er nicht das Gutachten erstattet hat, das man von ihm erwarten zu können vermeinte. Wir reden nicht von jenen Antragstellern, denen man es schon am Gesicht ablesen kann, daß sie am liebsten nicht gekommen wären — sie kamen aus Freundschaft für den Agenten, auf dessen vieles Zureden hin — schon der gewöhnliche Antragsteller sorgt dafür, daß der Schwierigkeiten der Untersuchung mehr als genug sind. Gleich bei der Feststellung der Familienverhältnisse hapert es. Zum ersten Male in seinem Leben wird er nach denen gefragt, die zu ihm als Familie gehören, und es ist geradezu verblüffend, zu beobachten, wie wenig viele Leute über ihre Eltern oder gar Großeltern unterrichtet sind. „Sie sind alt geworden", ist im besten Falle alles, was man erfahren kann. Auf die Frage, wie viele Brüder und Schwestern er habe, fängt der Gequälte an, an den Fingern abzuzählen: da ist die Marie, die Anna, der Karl usw. und erst auf diesem Wege kommt er zur Totalsumme, die ihm doch so geläufig als sein Name sein sollte. Wie erstaunlich wenige kennen dann die Todesursache ihrer Eltern; der Gedanke, daß es etwas ganz unfaßliches ist, daß sie nicht wissen, woran ihre Mutter, die sie geboren und erzogen hat, gestorben ist, kommt ihnen gar nicht, noch weniger der, daß es geradezu eine Pietätlosigkeit ist, so wenig über die letzten Tage der Urheber ihres Seins orientiert zu sein. Die Entschuldigung, wir waren damals noch so klein, wir waren nicht zu Hause, der Doktor hat es nicht gewußt, rechtfertigt sie leicht vor ihrem Gewissen. Oft ist freilich diese Unkenntnis nur eine vorgetäuschte, dann, wenn sie Todesursachen anzugeben hätten, von denen sie instinktiv wissen, daß sie ihrer Aufnahme hinderlich sein oder diese wenigstens erschweren können, und besonders gern verschwiegen oder beschönigt wird deshalb die Schwindsucht. Manchmal ist der Grund der Verschweigung auch ein edler, dann, wenn durch die Hereditätsfragen interne Familienangelegenheiten aufgedeckt werden könnten, die sie bisher im Innersten ihrer Seele sorgfältig gehütet hatten. Niemand sagt gern, daß sein Vater als Defraudant Selbstmord begangen, daß die Mutter, sittlich gesunken, auf dem Armenfriedhof ihre letzte Ruhestätte gefunden hat. Aber das sind nur Ausnahmen. Auf alle Fälle ist aber ein mehr oder minder großes Fragezeichen das Resultat des hereditären Examens.

Nun kommt die Aufnahme der Anamnese und damit die Fragen: Haben Sie gelitten oder leiden Sie an Gallensteinen, Blinddarmentzündung, Syphilis usw. usw., Dinge, die schon durch ihre einfache Nennung viele Leute vor Grauen schaudern lassen, wie viele Krankheiten es in der Welt gibt und sie als willkommene Beute umlauern. Jede Frage wird prompt mit einem „Nein" beantwortet. Aber wenn man den Antragsteller fragt, ob er weiß, was für Krankheitserscheinungen mit diesen Namen bezeichnet werden, so merkt man sofort, daß er nicht die leiseste Idee von dem hat, was er eben gefragt worden ist und man muß ihm erst jede Frage noch einmal gründlich auseinanderlegen. Man soll ja nicht glauben, daß er nicht die oder jene Krankheit gehabt hat, weil er ihren Namen nicht kennt; es würde das zu argen Täuschungen führen. Eben hat er gerade die Frage nach Gallensteinen ruhig verneint, aber anders gefragt, erinnert er sich sofort eines quälenden Schmerzes in der Magengegend. Er schildert bis in das kleinste, wie und wo er den Schmerz fühlte, wodurch er glaube, daß er entstanden sei, wie der Schmerz nach heftigem Anfall wieder nachgelassen habe und er dann gelb wie eine Zitrone geworden sei. Er hat also einen Gallensteinanfall überstanden, wissen tut er es nicht.

Andrerseits bejahen sehr viele die Frage nach Blinddarmentzündung, während sicher darunter oft nur ein harmloser Durchfall zu verstehen ist, der irgendeinen Diätfehler zur Ursache hatte. Oder aber man erfährt von einem gräßlichen Schmerze, der den ganzen Kopf eingenommen habe und sich schließlich als Zahnschmerz entpuppt, allerdings ein Leiden, das nach Shakespeare kein Philosoph ruhig ertragen kann, auf die Lebensdauer einen Einfluß aber sicher nicht ausübt.

Daß natürlich auch die absichtliche Verschweigung und Täuschung eine große Rolle spielen, darf nicht verwundern, von vornherein erwarten kann man sie immer bei der Frage nach dem Alkoholgenuß. Man tut deshalb hier immer gut, die Feder wegzulegen und sich in seinen Stuhl zurückzulehnen, denn es dauert lange und bedarf der gründlichsten Unterhaltung, bis hier die Wahrheit an das Licht kommt. Der Durchschnitts-Antragsteller trinkt nie etwas, was mit Alkohol zu tun hat; er trinkt nur, wenn er durstig ist, einmal ein Glas Bier. Ja, wenn er durstig ist! einen dehnbareren Begriff wie diesen gibt es nicht. Wir kennen von Bismarck die Anekdote, daß er von Berlin bis Köln sich eine Zigarre an der andern anbrannte, aber geraucht während der ganzen Fahrt hatte er nur einmal, und ebenso verhält es sich mit unserm Freunde. Wir wissen nicht, wie oft und wie gern er auf die Mahnungen seines Durstes hört, und es bedarf der sorgfältigsten Behandlung der Frage, um endlich herauszubekommen, wie viele Glas Bier er eigentlich täglich trinkt. Mit den gewöhnlichen vertrauensärztlichen Angaben: trinkt mäßig, trinkt nur zuweilen, ist gar nichts anzufangen. Glücklicherweise helfen hier die vertraulichen Gutachten anderer Versicherter aus und oft erfährt man auf diesem Wege, daß ein schwerer Säufer den Vertrauensarzt vollkommen hinters Licht geführt hatte. Aber leider nur nicht immer. Gelänge es aber in allen Fällen, die Frage nach der Lebensweise einwandfrei beantwortet zu erhalten, so unterläge es gar keinem Zweifel, daß die Sterblichkeit unter den Versicherten eine ganz andere sein würde, als sie es in Wirklichkeit ist. Ich gehöre weder einer Loge an noch bin ich abstinent, aber das bin ich vollkommen sicher, aussprechen zu dürfen, daß die Todesfälle, die direkt oder indirekt dem Alkohol zuzuschreiben sind, unzählige sind. Freilich, in den ärztlichen Krankheitsberichten ist davon niemals etwas zu lesen; mit keinem Worte wird die Schnapsflasche erwähnt, die in der Ecke über dem Bette stand, auf

dem der Kranke seinen letzten Seufzer als ein Opfer der Pneumonie aushauchte, kein Wort von dem delirium tremens, das doch die eigentliche Todesursache war.

Aber ich will hier keine Vorlesungen über die Alkoholfrage halten, nur noch kurz bemerken, daß nach meiner Ansicht der Alkohol gleich dem Pulver ein vortrefflicher Diener, aber ein grausamer Herr ist und sehr vorsichtig behandelt sein will, wenn es nicht zu einer Katastrophe kommen soll; nur wer beide bemeistert, soll sie gebrauchen.

Nun endlich kommen wir zur Untersuchung. Vielen mißfällt diese so, daß sie rundweg erklären, daß sie nicht gekommen sein würden, wenn sie gewußt hätten, daß sie sich ausziehen müßten. Ein unnötiger Aufenthalt entsteht, und ist man dann endlich soweit, daß man mit der Untersuchung der Brust beginnen kann, so erwarten einem schon wieder neue Zeitverluste, weil erst dem zu Untersuchenden gelernt werden muß, wie geatmet wird. Denn erst hält er den Atem an, bis er ganz blau im Gesicht wird; hat man ihn dann soweit, daß er von Neuem Luft holt, so tut er dies einmal und dann ist für eine gute Weile wieder Ruhe. Nach einer weiteren Belehrung atmet er nun 40 mal in der Minute ein und aus und schnauft dabei wie ein Dampfwagen, der überfällig seinem Bestimmungsort zurast. Vom Hören des Atmungsgeräusches ist selbstverständlich keine Rede, und hat man endlich erreicht, daß der Mann begreift, was er soll, so ist er total erschöpft und schimpft auf die Quälerei, der er unnötig ausgesetzt würde. Und dabei hat man von ihm nichts andres verlangt, als daß er tun solle, was er sein Lebenlang etwa 17mal in der Minute getan hat, nämlich natürlich zu atmen.

Ein andrer Typus der Antragsteller ist der nervöse ängstliche Mann. Er hat die Erfahrung gemacht, daß er zu seinem Zahnarzt in dem schönen Bewußtsein gegangen war, daß er keinen schlechten Zahn im Munde habe; er war nur gegangen, um sich versichern zu lassen, daß nichts an seinen Zähnen zu tun sei und mußte nun hören, daß er Löcher habe so groß, um selbst den Kopf hineinstecken zu können. So fürchtet er jetzt, wenn er untersucht wird, zu erfahren, daß eines der Übel, die er eben auf Befragen alle verneint hat, schon feste Wurzeln in seinem Körper geschlagen hat. Und wenn wir wahr sein wollen, so müssen wir allerdings zugeben, daß seine Angst so unbegründet nicht ist, denn die erste Kunde von einem Herzfehler, von einer Erkrankung der Nieren usw. stammt häufig von der vertrauensärztlichen Untersuchung für die Lebensversicherung her.

Sehr wichtig für die Beurteilung des Antragstellers sind seine Brustmaße; die Exkusionsweite soll mindestens 5 cm betragen. Man sollte nun meinen, daß ihre Bestimmung eine ganz einfache Sache sei, aber wie oft muß man es dem Mann an der eigenen Brust vormachen, bis er begreift, um was es sich handelt. Einige Minuten Übung geben dann oft eine Exkusionsweite von mehr als 5 cm, während vorher kaum 2 cm gemessen werden konnten.

Der Einwurf des der Praxis Fernerstehenden, daß ich irgendwie übertriebe, liegt vielleicht nahe, aber im Gegenteil, ich könnte noch ganz andere Dinge aus meinen Erfahrungen mitteilen. Gewiß verlaufen nicht alle Untersuchungen so schwierig, es gibt natürlich auch viele ganz glatt zu erledigende Fälle, aber immer tut man gut, sich zu jeder Untersuchung neu mit einem guten Teil Geduld zu wappnen.

Viel unangenehmer sind die Erfahrungen, die man machen kann, wenn man als Vertrauensarzt einen Antragsteller aus seiner Klientel zu untersuchen hat. Auf der einen Seite steht die Versicherungsanstalt, die natürlich nur für ein durchaus wahres Gutachten bezahlt, auf der andern Seite der alte Patient, dem durch eine eventuelle Abweisung schwerer Schaden zugefügt werden kann, weil der einmal von einer Gesellschaft Abgewiesene schwer bei einer anderen unterkommt. Nun legen beide, Versicherungsanstalt und Patient, Wert darauf, daß die Untersuchung durch den Hausarzt stattfindet, jene, weil der Hausarzt den zu Untersuchenden gesundheitlich genau kennt und besonders über seine Vorgeschichte gut unterrichtet ist, dieser, weil er meint, daß sein Hausarzt ihn wohlwollender begutachtet, als ein ihm ganz fremder Arzt, der sich keinen Pfifferling darum schert, was das endliche Schicksal seines Antrags sein wird. Soweit ist alles gut; es bleibt auch alles gut, wenn der Antragsteller ein einwandfreies Risiko ist, aber, wenn er es nicht ist und vielleicht sogar ein so schlechtes, daß er abgewiesen werden muß, dann ist der Konflikt da und der Abbruch der Beziehungen häuflg die endliche Folge. Man kann es gewiß dem Arzte nicht verübeln, wenn er für zehn Mark nicht dauernd einen guten Patienten verlieren will und nicht nur ihn, sondern auch seine Familie, seine Freunde, die Müllers und Schulzes. Denn die Kunde von Dr. X. schändlicher Handlungsweise kommt rasch herum; aber wie soll er es vermeiden? Das Nächstliegende wäre ja, er lehnte die Untersuchung einfach ab, aber damit kommt er erst recht in die Traufe. Denn einmal kränkt er dadurch seinen Klienten, weil dieser die Weigerung nicht versteht und sie als eine Unfreundlichkeit auslegt, auf der anderen Seite macht er aber die Versicherungsgesellschaft aufmerksam, die sich natürlich sagt, daß ein zwingender, höchst wahrscheinlich gesundheitlicher Grund für die Weigerung vorliegen müsse. „Er könnte etwas sagen, wenn er wollte“ und vorsichtig geht sie diesem Risiko aus dem Wege. Die Schuld hat wieder der Hausarzt.

Nach meinen Erfahrungen ziehen sich viele Ärzte dadurch aus aller Verlegenheit, daß sie ihre Zuflucht zu einer Art von Kompromiß nehmen, d. h. sie geben in ihrem Gutachten alle in Frage kommenden und für die Beurteilung wichtigen Tatsachen wahrheitsgetreu an, bejahen aber, trotzdem diese die Möglichkeit der Versicherung ohne weiteres ausschließen, die Schlußfrage nach der Versicherbarkeit ohne Rückhalt. So heißt es z. B. in einem solchen Gutachten: „p. X. hat vor drei Jahren lues acqueint und ist durch sein Gewerbe veranlaßt, reichlich zu trinken. Hieraus ist mit der Zeit insofern eine Gewohnheit geworden, daß Antragsteller periodisch gleich einige Tage hintereinander trinkt.“ Die Schlußfrage nach der Aufnahmefähigkeit ist mit einem einfachen „Ja“ beantwortet. Der Vertrauensarzt wußte ganz genau, daß der Revisionsarzt sein Veto gegen die Aufnahme einlegen würde, aber er kann, wenn der p. Schulze oder Meyer ärgerlich zu ihm kommt, ruhig versichern, daß er ihn zur Aufnahme empfohlen hätte und daß es so ein Idiot von Revisionsarzt gewesen sein müsse, der ihn abgewiesen habe.

Stillschweigende Übereinkünfte! Auch Lebensversicherung und Ärzte können sie nicht entbehren, wenn sie zusammen auskommen wollen. Man versuche es nur einmal über eine Straße zu gehen, die vollgedrängt von Menschen ist, ohne so viele Püffe auszuteilen, als man bekommt und man wird nie durchkommen. Ich glaube aber auch, daß in keinem anderen Stande ein Mann so vielen peinlichen Situationen gegenübergestellt wird, als im ärztlichen Beruf.

Ganz und garnicht auf Rosen gebettet ist auch der Revisionsarzt. Seine Aufgabe ist es, alle die Versicherungspapiere durchzusehen und an der Hand des vertrauensärztlichen Gutachtens die Lebenswahrscheinlichkeit, das Risiko des Antragstellers abzuschätzen, das für und wieder unparteiisch abzuwägen, das für oder gegen die antragsgemäße Aufnahme spricht. Nichts hat er dem Zufall zu überlassen, streng kritisch hat er zu erwägen und sein Herz hat ganz außer dem Spiele zu bleiben. Er hat die Verantwortlichkeit für das übernommene Risiko ganz allein, denn auf sein Urteil hin ist es von der Gesellschaft übernommen

worden. Abweisungen sind aber auch für ihn immer unerfreuliche Maßnahmen. Seine Gesellschaft braucht Geld, d. h. Leben; eine Menge Ausgaben sind schon erwachsen, sie fallen jetzt mit den Bemühungen des Agenten fruchtlos zu Boden; der Abgewiesene ist auf das schwerste gekränkt und tut alles, die Gesellschaft in seinen Bekanntenkreisen zu diskreditieren. Er kann es um so leichter, weil jener durch das ihr auferlegte Schweiggebot die Hände zu einer Rechtfertigung gebunden sind und der Arzt, auf dessen Gutachten hin abgewiesen wurde, hütet sich natürlich, die Folgen der Abweisung auf seine Schultern zu nehmen. Der Revisionsarzt aber mußte abweisen, denn die Sicherheit der Gesellschaft ist für ihn das oberste Gesetz. Nicht alle Fälle machen besondere Schwierigkeiten, oft sind sie sogar sehr einfach, ob nun aufgenommen oder abgewiesen werden muß, aber viele Fälle machen böses Kopfzerbrechen und am meisten die, bei denen lediglich der Ernährungszustand, die Konstitution den Stein des Anstoßes bilden. Man kennt die Geschichte von dem Schneider, der immer das Maß der Taillenweite seines Kunden mit dem der vorletzten Anprobe verglich. Hatte der Kunde ab- oder stark zugenommen, so schickte er sehr prompt seine Rechnung. Es war kein Dummkopf, dieser Schneider! Leider hat nur der Revisionsarzt nicht die Maße einer vorletzten Anprobe.

Die Todesfällle des ersten oder der ersten Jahre sorgen dafür, daß der Revisionsarzt nicht vertrauensselig wird. So wurde der Herr Meier vor einem Jahre glatt versichert, und schon ist er der chronischen Lungenschwindsucht erlegen. Jetzt erfährt man, daß der Mann vor zwei Jahren längere Zeit hustete und heruntergekommen war, daß ihm deshalb sein Arzt einen Aufenthalt in einem Luftkurort verordnet hatte und er sich dort anscheinend auch recht gut erholte. Dem Vertrauensarzt hatte er nur erzählt, daß er sich im letzten Sommer einige Wochen zu seiner Erholung im Waldort X. aufgehalten habe, und dieser und der Revisionsarzt nahmen an dem so modernen Erholungsurlaub keinen Anstoß, der Letztere nicht, weil die Lungen so gut beschrieben, der allgemeine Eindruck auf dem Papier ein so günstiger war. Dem Prima-Risiko folgte prompt ein Prima-Wechsel auf Bezahlung. Der Vertrauensarzt hört von solchen Fällen selten etwas, aber der Revisionsarzt!

Und dann sein ewiger Briefwechsel mit den Vertrauensärzten, die z. B. nicht zugeben wollen, daß ein korpulenter Antragsteller nur mit einer Erschwerung zu versichern ist. Sicher kann der Mann jetzt gesund sein, aber ob er es auch in 10 oder 20 Jahren ist, das ist die Frage. Ja, wenn wir sicher wären, daß er, wie der Vertrauensarzt behauptet, sich des Alkohols dauernd enthielte, wenn er weniger üppig dinierte, wenn er zu seinem Geschäft ginge, statt auf Gummirädern dahin zu rollen, ja, wenn wir dessen sicher wären, könnten wir versichern. Ja wenn! Wenn nur nicht das liebe „wenn" wäre. Wir sind es eben nicht sicher; die Mehrzahl wird doch trotz aller guten Vorsätze rückfällig, und so müssen sie eben alle erhöht werden, erhöht für das Vorrecht dick zu sein und des Nachts gut zu schlafen — Vorzüge, die sicher nicht gemein unter den Revisionsärzten sind. Neidisch allerdings sind sie deshalb nicht, aber etwas mehr Ruhe und versicherungsärztliche Objektivität in den vertrauensärztlichen Briefen könnten nur recht wohltätig auf sie wirken. . . . .

Ob es im Dienste der deutschen Lebensversicherung anders ist? Wir wollen die Preßerzeugnisse des Winters und den Ärztetag 1906 abwarten, ehe wir darauf antworten. —X—

Die „rückständige" Versicherungsmedizin.

Von

Dr. Gollmer-Gotha.

In der diesjährigen Nr. 13 der „Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung" hat sich Feilchenfeld der verdienstlichen Aufgabe unterzogen, vom neueren Standpunkte der klinischen Medizin einmal die physikalischen Untersuchungsmethoden, nach denen das Herz für Zwecke der Lebensversicherung am besten zu untersuchen ist, zusammenzustellen und ihre Vorzüge und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Die Darstellung ist in dieser Beziehung eine so glückliche, daß zweifellos mancher Arzt, dem vertrauensärztliche Funktionen bei einer Lebensversicherungsgesellschaft übertragen sind und dem die Zeit und Muße fehlt, die nur allzu umfangreiche medizinische Literatur von heute auf die ihn interessierenden Fragen durchzumustern, durch die Lektüre des vorliegenden Artikels zur Revision seines diagnostischen Könnens in bezug auf den Herzbefund angeregt werden wird. Und manche präzisere Diagnose wird daraus zugunsten der Lebensversicherungsanstalten resultieren. Aber einen solchen Effekt zu erzielen war nicht der einzige Zweck, den F. bei der Abfassung seines Artikels im Auge hatte. F. gehört augenscheinlich zu denen, die die Vorbedingung für die Güte der vertrauensärztlichen Gutachten in dem großen Umfange der vertrauensärztlichen Attestformulare und in der weitgehendsten Fragestellung sehen, und verlangt darum, daß auch die in bezug auf den Herzbefund gestellten Fragen den neuesten klinischen Fortschritten angepaßt sein müßten. Er weist nun darauf hin, daß dies bei den meisten Lebensversicherungsanstalten nicht der Fall sei, und, falls nach dieser Richtung kein Wandel eintrete, die Versicherungsmedizin in bezug auf eine ihrer Hauptaufgaben, nämlich sich die Fortschritte der allgemeinen medizinischen Wissenschaft für ihre besonderen Zwecke nutzbar zu machen, der Vorwurf der Rückständigkeit treffen würde.

Feilchenfeld ist natürlich in das Getriebe der Lebensversicherung genügend eingeweiht, um einzusehen, daß ein Einzelner in einer sämtliche zahlreiche Versicherungsgesellschaften angehenden Frage, wie die Änderung der vertrauensärztlichen Attestformulare, mit Reformvorschlägen nicht durchdringen kann. Er zeigt sich aber auch anderseits über die Vorgänge auf den bisherigen drei internationalen Kongressen der Versicherungsmediziner nicht ausreichend informiert, wenn er die Formularfrage mit auf die Tagesordnung des nächstjährigen 4. Kongresses gesetzt und für diesen seinen Artikel mit den daran anschließenden Veränderungsvorschlägen in bezug auf die Herzfragen als Anregung betrachtet wissen will. Wer die Verhandlungen auf den bisherigen Kongressen noch in Erinnerung hat, weiß, daß das vertrauensärztliche Attestformular bereits für den 1. und 2. auf der Tagesordnung stand, aber eine Behandlung erfahren hat, die nicht dazu anregen kann, dasselbe sobald aufs neue zur Diskussion zu stellen. Der internationale Kongreß der Versicherungsmediziner kann nur die Domäne für die Erörterung rein wissenschaftlicher, der Lösung und Förderung noch bedürfender Probleme sein. Die Frage, in welcher Form das vertrauensärztliche Attestformular den Zwecken einer Lebensversicherungsanstalt am meisten dienlich ist, ist eine interne Angelegenheit dieser selbst, und Sache ihres Chefarztes ist es, die zeitgemäße Fassung der einzelnen Fragen zu überwachen.

Wenn man nun die von Feilchenfeld am Schlusse seines Artikels in bezug auf den Herzbefund formulierten Fragen durchmustert, fällt zunächst in die Augen, daß sie nicht nur zahlreicher, sondern auch zum Teil weit detaillierter gefaßt sind wie in den Formularen, die bei den meisten wenn nicht

sämtlichen Lebensversicherungsanstalten heute im Gebrauch sind. Angenommen nun, es käme noch ein anderer Autor mit einem ähnlichen Ansinnen in bezug auf die Fragen bei den übrigen Organkomplexen, so müßte daraus eine Vergrößerung der Formulare resultieren, deren bisheriger Umfang schon jetzt vielen Vertrauensärzten, wie beispielsweise die Verhandlungen auf früheren deutschen Ärztetagen dokumentieren, durchaus unsympathisch ist. Von dem äußeren Umfange aber ganz abgesehen — erscheint vor allem nach unseren Erfahrungen eine so detaillierte Fragestellung zwecklos. Jeder Vertrauensarzt, der auf der Höhe der Wissenschaft steht, gewissenhaft ist und das Interesse der von ihm beratenen Anstalt im Auge hat, weiß und muß wissen, daß er beispielsweise auf die kurze Frage der Gothaer Bank „Wie ist die Beschaffenheit der Herztöne?" das Herz so zu auskultieren hat, daß er darüber Auskunft geben kann, ob die Herztöne rein, rhythmisch, gut akzentuiert, klappend oder gespalten und ob Geräusche zu hören sind. Er wird, wenn er nach dieser Richtung etwas auszusetzen findet, dies nicht unerwähnt lassen, auch wenn er nicht besonders danach gefragt wird. Für den unwissenden oder oberflächlich untersuchenden Arzt ist aber die Fragestellung völlig bedeutungslos, er wird nicht mehr hören und beschreiben, auch wenn an ihn an Stelle der einen Gothaer Frage im Sinne Feilchenfelds drei gerichtet werden. Und ganz das gleiche gilt von der Perkussion der Herzgrenzen. Der gewissenhafte Arzt perkutiert aus eigenem Antriebe sämtliche Herzgrenzen und wird sie beschreiben, auch ohne daß er besonders nach jeder einzelnen gefragt wird.

Feilchenfeld will aber die auf den Herzbefund bezüglichen Fragen nicht nur vermehrt, sondern auch auf bestimmte Untersuchungsmethoden zugeschnitten haben. Ist es ja im wesentlichen auch nur eine, die leise Perkussion, die er berücksichtigt wissen will, und ist es auch durchaus einleuchtend, ja selbstverständlich, was er über die Vorteile dieser Methode sagt, so erscheint es doch aus prinzipiellen Gründen bedenklich, die den verschiedensten Altersgenerationen angehörenden und unter den verschiedensten klinischen Autoritäten herangebildeten Vertrauensärzte einer Lebensversicherungsanstalt zu bestimmten Untersuchungsmethoden verpflichten zu wollen, die sie vielleicht nie geübt haben oder deren Vorteile sie nicht anzuerkennen vermögen. Man soll daher dem einzelnen Vertrauensarzte die Wahl der Untersuchungsmethoden überlassen, die er als Student gelernt oder in denen er als Praktiker je länger je mehr firm geworden ist, und so haben die Lebensversicherungsanstalten zweifellos die Aussicht, die besten Diagnosen zu bekommen. Die um ihre Fortbildung und um Verbesserung ihres diagnostischen Könnens besorgten Vertrauensärzte werden sich Artikel, wie den Feilchenfeldschen, als Anregung nicht entgehen lassen. Ärzte aber, die das Gegenteil sind, werden keine besseren Diagnosen stellen, auch wenn man ihnen die einzelnen Untersuchungsmethoden in den Formularen bis ins weitgehendste vorschreiben würde. In Anbetracht dessen liegt für die Lebensversicherungsgesellschaften zurzeit durchaus kein zwingender Grund vor, die vertrauensärztlichen Attestformulare in bezug auf die Herzfragen speziell im Sinne Feilchenfelds neu zu redigieren — selbst nicht auf die Aussicht hin, deswegen mit dem Vorwurfe der Rückständigkeit bedacht zu werden. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß das Formular der einen oder anderen Lebensversicherungsanstalt überhaupt nicht reformbedürftig sei. Diese Frage steht aber hier gar nicht zur Diskussion.

Es erübrigt noch mit wenigen Worten zu einigen Bemerkungen Stellung zu nehmen, die Feilchenfeld im Laufe seines Artikels zu dem bisherigen Ausleseverfahren der Lebensversicherungsgesellschaften gegenüber den Herzkranken macht. Feilchenfeld glaubt, daß durch die von ihm geschilderten Untersuchungsmethoden die Diagnosen so weit gefördert werden können, daß die bisherigen Bedenken gegen die Versicherung von Herzkranken überhaupt nicht mehr unterschiedslos berechtigt erscheinen, daß zwischen versicherungsfähigen und nicht versicherungsfähigen unterschieden werden darf. So hält er beispielsweise Korpulente mit mäßiger Verbreiterung des Herzens nach rechts und jugendliche Personen mit mäßigen idiopathischen Herzvergrößerungen für versicherungsfähig. Und selbst die Herzklappenfehler erscheinen ihm in Rücksicht auf die Beeinträchtigung der Lebensdauer viel zu ungünstig beurteilt, trotzdem er als erwiesen ansehen muß, daß die davon betroffenen Personen bei jeder akuten Krankheit mehr in Lebensgefahr kommen, als gesunde. F. kommt zu diesem Optimismus den Herzkranken gegenüber auf Grund einiger weniger selbst beobachteter günstiger Fälle, während jeder zumal älteren Lebensversicherungsanstalt hunderte von Beobachtungen zur Verfügung stehen, die beweisen, wie Antragsteller mit Herzstörungen jeglicher Prognose spotten. Und Feichenfeld wird nicht behaupten wollen, daß die von ihm erörterten Methoden der Prüfung der Herzmuskelkraft, von der allein das weitere Lebensschicksal der Herzkranken abhängig ist, bessere Handhaben für die Lebensprognose abgeben können. Wenn schließlich Feilchenfeld noch als unvermeidlich in Aussicht stellt, daß die Lebensversicherung mit der Zeit allgemeiner wie auf die minderwertigen Individuen überhaupt, so auch auf die mit Herzklappenfehlern ausgedehnt werden wird, so hat er damit vielleicht Recht. Jedenfalls geht es aber dabei ohne mehr oder weniger beträchtliche Prämienzuschläge nicht ab. Je nachdem die Antragsteller diese zahlen können oder wollen, wird dann die Versicherung der Minderwertigen prosperieren. Nach den Erfahrungen jedoch, die man schon mit den bisher üblichen Prämienzuschlägen tagtäglich in der Versicherungspraxis machen kann, sind da die Aussichten nicht die besten.

Zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung.

Von

Dr. L. Eisenstadt-Berlin.

I.

Die therapeutische Ökonomie.

„Es ist ja ganz natürlich, daß die Kassenmitglieder sich an diejenigen Ärzte wenden, welche weniger Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse der Kasse, als auf die der einzelnen Mitglieder nehmen. Ich könnte Ihnen eine Anzahl von Krankenkassen nennen, welche das Freiearztwahlsystem aufgeben mußten, weil die Kosten zu groß waren. Das ist ja auch ganz natürlich. Der Krankenkassenarzt kennt sein Publikum; der fremde Arzt, an den sich die Simulanten fast immer wenden, ist vielfach darauf angewiesen, sein Urteil auf ihre Angaben zu gründen."

(Ministerialdirektor Fischer im Reichstage am 2. März 1905.)

„Einen Schund von Medizin können die Arbeiter massenhaft verschrieben bekommen, aber wenn der Arzt den kranken Arbeitern eine gute Medizin, eine kräftige Nahrung, einen stärkenden Extrakt zu verschreiben wagt, dann bekommt er einen Fingerzeig von den Werksherren, und wenn er den nicht versteht, so weiß man ihn schon unterzuducken, und wenn er sich auch da nicht fügt, so grault man ihn aus dem Knappschaftsrevier heraus. Hier hätte der Ärztestand seine Standesehre zu vertreten. (Lebhafte, allseitige Zustimmung.) Sorgen wir dafür, daß die Herren auch in den Knappschaften für freie Arztwahl eintreten."

(Sachse. Bergarbeiter-Delegiertentag für Preußen. „Vorwärts", 31. März 1905.)

„Bei der freien Arztwahl steigen die Kosten ins Ungeheuerliche nicht allein für ärztliche Behandlung, sondern auch für die Medizin usw. Die Arbeiter können sich nicht Matzewaren kaufen, wenn sie Brot brauchen.“

(R.-A. Fräßdorf im Deutschen Reichstag am 2. März 1905. Bericht des „Vorwärts“.)

„Das Arztsystem ist für die Ausgaben einer Krankenkasse vollständig gleichgültig. Ausschlaggebend sind nur die wirtschaftlichen Verhältnisse; in dem Moment, wo es der Industrie schlecht geht oder gar eine arbeitslose Zeit eintritt, schwellen die Ziffern aller Krankenkassen ins Ungeheuerliche an.“

(R.-A. Mugdan im Deutschen Reichstage am 3. März 1905.)

Einem fast endlosen Gewirr von Widersprüchen begegnen wir auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung, Widersprüchen, welche sich in den obigen maßgebenden Urteilen über die Leistungen der Krankenkassen so auffallend kundtun. Wie ist die Lösung zu finden?

Einen Ausweg haben diejenigen Sozialpolitiker und Ärzte schon angegeben, welche geraten haben, den bisherigen, vom Gesetzgeber nicht vorausgesehenen Zusammenhang zwischen Krankheitsheilung und Arbeitslosigkeit in den Krankenkassen zu beseitigen.

Scharf zu trennen sind die Krankenkassen als Institut der Heilung der kranken Arbeiter von der Beschaffung der Arbeit für Arbeitslose oder vermindert Arbeitsfähige. Ganz richtig kommt Bluth (Zeitschr. f. soz. Medizin 1. Bd. 3. Heft) auf Grund langjähriger Erfahrung in der kassenärztlichen Praxis zur Erkenntnis, daß die Begriffe über Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit im Krankenkassengesetze den tatsächlichen Verhältnissen nicht genügend Rechnung tragen. Zwischen dem Kreise der Erwerbsfähigen und dem der Erwerbsunfähigen ist nach Bluth die hohe Zahl der Personen mit beschränkter Erwerbsfähigkeit (70 % aller Krankheitsfälle) einzuschieben. Auf diesen Mangel in der Gesetzgebung haben bereits zahlreiche Ärzte hingewiesen, und Mugdan hatte im Reichstage erstaunte Zuhörer, als er ausführte, wie jeder Arbeiter nach der gegenwärtigen Krankenversicherung die Krankenkasse jeden Tag in Anspruch nehmen könne. Die Nichtärzte, die in den Krankenkassen sowohl als in den Regierungen maßgebend sind, pflegen hier gern das Wachstum der Simulation heranzuziehen.

Die ganze Arbeiterversicherung, welche ja nicht allein auf dem Prinzipe der gegenseitigen Versicherung der Mitglieder des Arbeiterstandes festgelegt ist, sondern auch noch reichliche Zusteuer seitens der Arbeitgeber und des Staates, ja sogar indirekt seitens der Gemeinden und der privaten Wohltätigkeit erfährt, kann nur zweckmäßig für die Versicherten, im weiteren Sinne für Staat und Gesellschaft sein, wenn sie ein Maß von Leistungen zu erfüllen imstande ist, unter das sie nach dem Urteile ärztlicher Sachverständigen nicht herabgehen darf. Sind die Ärzte wohl in der Lage, für jede Krankheitsheilung ein Minimum der Leistungen seitens der Versicherung festzustellen? Wenn diese Frage bejaht wird, so muß die Versicherung imstande sein, dieses von den Ärzten bestimmte Minimum zu erfüllen, ohne Rücksicht auf die Kosten dieser Leistungen. Eine Leibbinde, welche einer Patientin wegen Hängeleib verordnet wird, mag an und für sich kostspielig sein; wenn sie aber imstande ist, die Schmerzen zu beseitigen oder zu lindern, und dadurch die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen oder zu bessern, so stellt sie eine billigere und bessere Art der Therapie dar, als wenn der betreffenden Patientin wiederholt ein Narkotikum verordnet wird.

Der Arzt hat von den ihm zu Gebote stehenden Heilarten die billigste und beste gegen die genannte Krankheit als das Minimum der Kassenleistung empfohlen. Es ist aber hier sogleich zu betonen, daß die Auffassungen über dieses Minimum sowohl in ärztlichen Kreisen als auch demzufolge bei den nichtärztlichen Kassenvorständen, Regierungen und ordentlichen Gerichten keineswegs endgültig festgelegt sind. In den ärztlichen Kreisen wechselten die Auffassungen über das Minimum der Therapie erstens deshalb, weil diese in stetiger und steigender Entwicklung begriffen ist, so daß z. B. die medikamentöse Behandlung der Lungentuberkulose von der klimatischen, sodann wieder von der Heilstättenbehandlung abgelöst wurde. Zweitens aber und hauptsächlich wurde und wird noch heute die Krankenversicherung von vielen Ärzten, Arbeitgebern, ja sogar von vielen Kassenvorständen als eine Art Armenpflege betrachtet, derart, daß ohne Rücksicht auf die rascheste und beste Heilung lediglich die billigste Behandlungsart den Versicherten gegenüber angewendet wird. In diesen Fällen gehen die Leistungen der Arbeiterversicherung unter das therapeutische Minimum herab: bettlägerige Influenzakranke erhalten wochenlang keine Medizin, Lungenkranke nur lediglich das Krankengeld. Derartige subminimale Leistungen finden wir bei sehr vielen Krankenkassen verbreitet; sie sind eine stete Quelle der Unzufriedenheit der Versicherten, wie die obigen Ausführungen Sachses beweisen. Da nun die medizinische Therapie, wenn auch die jüngste aller medizinischen Wissenschaften, und ebenso der medizinische Unterricht in fortwährender Differenzierung und Weiterentwicklung begriffen ist, so bringen die jüngsten Ärztegenerationen ihrem geschärften Wissen gemäß neue Behandlungsarten auf den Plan, und wenn sie in größerer Zahl zu der Behandlung der Kassenkranken zugelassen sind, wenn aus dem System der fixierten Kassenärzte dasjenige der freien Arztwahl wird, so werden die subminimalen Leistungen weit überschritten und das Minimum der therapeutischen Ökonomie fast oder ganz erreicht oder — nicht so häufig, als man meint — überschritten. Dann entstehen bei Aufsichtsbehörden und Krankenkassen die schwersten Anschuldigungen gegen diese allgemeine Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis, diese fördere das Bestreben der Kassenpatienten, möglichst viel von der Kasse zu erlangen, und fördere Simulation und Übertreibung der Kassenpatienten, so daß das Arztsystem verworfen wird, statt daß die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse und das therapeutische Minimum näher berücksichtigt werden.

Auf unserm Gebiet der therapeutischen Ökonomie ist eine Verständigung der Streitenden sehr leicht möglich. Wenn ein Minimum der Leistungen festgelegt werden kann mit Hilfe eines sachverständigen Beirats, wenn unter diesem Minimum aus der Krankenbehandlung eine Armenpflege wird, eine Geld-, Naturalien- und Handverkaufsmittel-Unterstützung an vorübergehend oder dauernd arbeitslose Mitglieder, so ist weiter zu fragen: 1. Wie groß sind die Kosten dieses Minimums? 2. Ist die Versicherung imstande, diese Kosten ohne Defizit zu decken? Die erste Frage ist mit Hilfe der Organe der Heilkunde zu erledigen, die zweite gehört in das Bereich einer geschickten Verwaltungstechnik. Die Beantwortung beider Fragen ist von erheblicher Bedeutung nicht nur für die Existenz und Berechtigung der Arbeiterversicherung, sondern auch für die ganze soziale Therapie. Wenn die Organe der Heilkunde einen Kostenaufwand erfordern, welcher dem erreichbaren Erfolg gegenüber minimal ist, so dürfte für den Zweck, dem erkrankten Individuum die Arbeitsfähigkeit und damit den Wert für Staat und Gesellschaft für immer oder auf Zeit wiederzugeben, jede an und für sich kostspielige Therapie gern in den Kauf genommen werden. Dann würde sich das Gebiet der therapeutischen Ökonomie erstrecken von einem absoluten Minimum, das durch die sachverständige Begutachtung jeweils gegeben wird, bis zu einem relativen, von

der Leistungsfähigkeit der Versicherung abhängigen Maximum. Betrachten wir zunächst näher
das Minimum, die untere Grenze der therapeutischen Ökonomie.

I. Es hat zu seiner Voraussetzung, daß überhaupt ein oder mehrere Heilverfahren vorhanden sind. II. Unter diesen ist das beste, d. h. dasjenige auszuwählen, welches dem Kranken am raschesten und sichersten die Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit wiedergibt. III. Auswahl und Vorschlag des Heilverfahrens erfolgt durch die Begutachtung des behandelnden Arztes. IV. In besonderen Fällen empfiehlt der behandelnde Arzt zur Mitbegutachtung bzw. zur Mitführung des Heilverfahrens einen oder mehrere Spezialärzte. V. Ein Schlußattest des behandelnden Arztes gibt ein Urteil ab über den Stand der Krankheit und Erwerbsfähigkeit, beide, informator. und Schlußattest werden Unterlagen für die Beratung über eventuell erforderliche weitere Behandlung des Patienten. VI. Ein und dasselbe Kassenmitglied verbleibt in der Behandlung eines und desselben Arztes, wenn dem nicht gewichtige Gründe entgegenstehen.

Die obigen Leitsätze bedürfen der Begründung und weiteren Ausführung. Zunächst sei auf den Unterschied zwischen individual- und sozial-medizinischem Heilverfahren hingewiesen. Das erstere schließt mit der anatomischen und physiologischen restitutio ad integrum am erkrankten Organe, das letztere mit der Herstellung der Arbeitsfähigkeit des kranken Organes und des ganzen Körpers ab. Folgendes Beispiel diene zur Erklärung: Ein Arbeiter erleidet, einer Maschine zu nahe kommend, eine Abquetschung eines Fingerendgliedes. Das individual-medizinische Heilverfahren besteht in der schmerzlosen Exartikulation des Fingergliedes und in der Bildung eines guten Stumpfes; nach kurzer Zeit erfolgt die Schließung der Wunde und Vernarbung. Der Verletzte hat aber hierdurch eine unter Umständen schwere Einbuße sowohl in seiner Arbeits- als Erwerbsfähigkeit erlitten. Das sozial-medizinische Heilverfahren besteht nunmehr in dem Aussuchen einer passenden Übergangsarbeit, im Tragen eines Schutzfingers für die ersten Arbeitswochen, in der Unterstützung bei einem höheren Grade der Störung der Erwerbsfähigkeit. Das individual-medizinische Heilverfahren ist dem Arzte allein überlassen, wenn dessen Wahl und Durchführung des Heilverfahrens auch durch die Rücksicht auf die spätere Aufnahme der Arbeit beeinflußt wird, das sozial-medizinische Heilverfahren hängt nicht vom Arzte allein ab, sondern auch von der Art der Erkrankung, vom Arbeitgeber, vom Arbeiterangebot, kurz von den Faktoren des Arbeitsnachweises. Stellen diese sich für den Verletzten günstig, so ist die sozial-medizinische Heilung im Endresultat günstig, andernfalls wird er vermindert arbeitsfähig, arbeitsunfähig, arbeitslos, Gelegenheitsarbeiter, oder er arbeitet mit Unterbrechungen, die vom Wiedererscheinen der Krankheit ausgefüllt sind, verfällt der Invalidenunterstützung, der Armenpflege.

In der privaten Haus- und Anstaltspraxis stellt sich das individual-medizinische Heilverfahren anders dar, als auf den gleichen Arbeitsfeldern der Krankenversicherung. Hier wird es beherrscht, erwählt und modifiziert durch die Rücksicht auf die Herstellung der Arbeitsfähigkeit. Das individual-medizinische Heilverfahren in der Versicherungspraxis hat einen sozialen, in der Armenpflege einen humanen Charakter.

Wir sehen, die exakte Wissenschaft der Therapie, soweit man bisher von einer solchen sprechen kann, wird durch die Arbeiterversicherung ganz erheblich beeinflußt; sie kommt in ihrem Endresultat nicht dem Individuum allein, sondern der Gesellschaft zugute: Therapie und Arbeiterversicherung treffen sich im Kreise der therapeutischen Ökonomie, und die beiden letzteren Gebiete sind wieder Teilbezirke der auf die Gesundung der Gesamtheit gerichteten sozialen Therapie. An die Wissenschaft der medizinischen Therapie stellt die soziale Versicherung fortwährend die größten Ansprüche: schon mit dem bisherigen Schatz an Methoden, Erfahrungen, Beobachtungen vermag die erstere der zweiten hervorragende Dienste zu leisten. Man hat wohl in neuester Zeit, weil man sich in Unkenntnis befand über die therapeutische Ökonomie und sich nicht die Mühe gab, dieselbe näher zu studieren, in Erwägung gezogen, die Krankenversicherung in eine reine Arbeitslosenunterstützung zu verwandeln, die ganze Therapie aus der Versicherung auszuschalten und dem freien Ermessen der Erkrankten zu überlassen. Wer hierdurch geschädigt wird, das sind die kranken Arbeiter, die Gemeinden als Träger der Armenfürsorge, die Gesellschaft und der Staat, aber keineswegs die Ärzte, deren materieller Nutzen größer sein würde. Das Großartige in der Einführung der wissenschaftlichen Therapie in die Arbeiterversicherung besteht eben darin, daß der kranke Arbeiter nicht an seiner Gesundheit spart, sondern mit Hilfe des Arztes zu neuer Kraft, zu neuer Arbeitsfähigkeit hergestellt wird, vorausgesetzt, daß der Arzt in den Grenzen seiner Kunst und seines Wirkungskreises — der Nachweis passender Arbeit ist nicht Sache des Arztes — helfen kann. Dadurch wird der einzelne Arbeiter wieder eine nützliche Zelle im sozialen Körper; der Arbeitgeber hat eine Kapitalseinlage gemacht, welche nicht an die Arbeitslosen als Almosen verwendet wird, sondern welche ihm eben durch die Herstellung der Arbeitsfähigkeit mit reichen Zinsen zurückgegeben wird. Gerade die Erfolge der individualmedizinischen Therapie sichern dem Arzte die dauernde Unentbehrlichkeit in allen Versuchen und Bestrebungen, die auf eine Besserung der Lage der Arbeiter, auf die Hygiene und Regeneration des sozialen Körpers abzielen.

Diese Ausführungen, die vielleicht etwas weitläufig erscheinen, waren erforderlich, um die Notwendigkeit und Nützlichkeit der ärztlichen Mithilfe an der Arbeiterversicherung a priori zu beweisen.

Mit der Einführung der ärztlichen Mitarbeit ist aber ein weitläufiger, kostspieliger Heilapparat verknüpft. Die Dauer der Krankenunterstützung, die Krankenhausbehandlung, die Arzneikosten, die Inanspruchnahme von Heilgehilfen, Bädern, Nährmitteln, kurz alle Mittel und Organe der Heilkunde werden durch den Arzt in die soziale Versicherung eingeführt. Will man also den Kostenanschlag für das Minimum der in die soziale Versicherung eingeführten Therapie kennen lernen, so sind die Bestandteile dieses komplizierten Heilapparates näher zu besichtigen und auf ihr Kostenminimum hin zu untersuchen. Dabei wird man nun die Entdeckung machen, daß sowohl die Heilpersonen als die Heilmittel eine Tendenz zum privaten Gewinn besitzen, welche zu dem auf den Nutzen der Gesamtheit gerichteten Ziele in schroffem Gegensatze steht.

Als Beispiel führen wir zunächst das hinsichtlich der Honorierung auffällige Verhältnis zwischen Arzt und Patient in der Privatpraxis an.

Ein und dieselbe Leistung bewertet der Arzt je nach der finanziellen Lage des Patienten gänzlich verschieden, dabei kann er diese Schätzung nur approximativ ausüben, weil ihm die Höhe des Einkommens des Patienten nicht bekannt gegeben wird. Zu dieser subjektiven Bewertung der Leistung seitens des Arztes steht die objektive Bewertung seitens des Patienten meist im umgekehrten Verhältnis: für diesen ist meist der durch sein Leiden bedingte wirtschaftliche Schaden maßgebend in der Beurteilung der ärztlichen Leistung und ein kranker Bureauangestellter beispielsweise, der nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung den Arzt honoriert und durch dessen Hilfe vor Verlust der Arbeitsstelle bewahrt wird, muß dem Arzte dankbarer sein, als der Fabrikbesitzer, der nach seinen Mitteln und seiner wirtschaftlichen Lage mit Arzt und Heilverfahren zu wechseln in der Lage ist. Obgleich also im

ersteren Falle weniger für das ärztliche Honorar ausgegeben wurde, als seitens des Kapitalisten, so ist doch im ersteren Falle der produktive Wert der ganzen Behandlung bedeutend höher, weil von ihr die Erhaltung einer wirtschaftlichen Existenz abhängig ist. Die Abortbehandlung bei einer Arbeitersfrau und bei einer reichen Hausbesitzersfrau ist in individual medizinischer Hinsicht gleich, dagegen verschieden in ihrem sozialen Wert, der bei der Arbeitersfrau, die gezwungen ist, möglichst bald wieder zu arbeiten oder den Haushalt zu führen, bedeutend höher, als bei der Hausbesitzersfrau ist. Kurz, je produktiver ärztliche Kunst für die Gesamtheit wirkt, desto geringer wird sie honoriert.

Ferner ist hier die in der Krankenversicherung angewandte Therapie anzuführen. Da ist hinzuweisen 1. auf die gutachtliche, beratende und behandelnde, aber weit unter der Gebührenordnung honorierte Tätigkeit des Kassenarztes, auf welche wir noch zurückkommen werden, 2. auf die durch den Kassenarzt angeordneten Heilmittel. Es werden, wenn wir von diesen ein Beispiel herausgreifen, dem Patienten Bäder verordnet; jeder Badeanstaltsbesitzer muß die Kosten des Betriebes des Personals, der Abnutzung usw., in Betracht ziehen, wenn er ohne geringen Verdienst die Bäder der Kasse gegenüber verbilligt. Die Badeanstaltsbesitzer schließen mit der Krankenkasse einen Tarifvertrag ab, der dem Patienten einfache Wannen- und medizinische Bäder zu nehmen ermöglicht. Der Tarif kann sich aber durch mancherlei Umstände ändern: 1. Je mehr Volksbäder erbaut werden, um so billiger werden hier die einfachen Bäder für die Krankenkassen; die Stadt, die auf eigene Rechnung diese Kollektivanstalten errichtet, trägt zu Ersparnissen der Krankenkassen bei. Die Folge ist aber eine geringere Benutzung der Privatbadeanstalten, welche nunmehr zur Forderung eines höheren Tarifes gelangen müßten, wenn die Beanspruchung von privater Seite nicht lebhaft genug und wenn nicht daran die gegenseitige Konkurrenz hinderlich wäre und wenn nicht drittens diese Privatbadeanstalten vielfach recht lebhafte Kurpfuscherei treiben würden. 2. Die Inanspruchnahme der Badeanstalten in der Krankenverordnung hängt nun aber auch wesentlich von der therapeutischen Ökonomie ab, sie wechselt mit den herrschenden „Moden“, ist gegenwärtig lebhafter bei der Vorliebe für Naturheilkunde, oder sie wird auf medizinische Bäder nach einer möglichst genauen Indikation beschränkt. Gerade die therapeutische Ökonomie, welche verlangt, daß der Arzt ein Heilmittel aus zwingender Notwendigkeit und in Ansehung der Heilung verwende, widerspricht der einseitigen Anwendung von bestimmten Behandlungsmethoden.

Welches Heilmittel wir auch betrachten mögen, die Verbandsstoffe, natürlichen Mineralwasser, Medikamente, Brillen, Bandagen usw., sie alle sind dem Heilverfahren der sozialen Versicherung unentbehrlich, sie alle aber sind der privaten Fabrikation, dem privaten Gewinn unterworfen. Zwischen beiden Parteien kann ein derartiges Mißverhältnis entstehen, daß die wirtschaftliche Existenz des privaten Betriebes oder die Finanzen der Versicherung ins Wanken geraten.

Gerade dieses Verhältnis der Krankenkassen zu den Heilmitteln (im weitesten Sinne des Wortes) ist der Ausgangspunkt bedeutsamer Entwicklung sowohl der Krankenkassen als der Organe der Heilkunde geworden. Die Überbrückung zwischen privatem Gewinn und sozialem Nutzen kann stattfinden

a) auf dem Wege der Unterwerfung, Ausbeutung der einen Partei,

b) der gegenseitigen Vereinbarung.

Unabhängig von a) und b) findet die Differenzierung und Auslese in der medizinischen Therapie statt, sie ist für die Art der Heilmittel selbst, deren wechselseitige Verbindung und soziale Anwendung von der größten Bedeutung. Betrachten wir zunächst den Zustand der Unterwerfung.

1. Die finanzielle Unterwerfung der Krankenkasse unter das Heilmittel wird herbeigeführt:

I. Wenn z. B. in einem kleineren Ort der alleinige Apotheker auf den alleinigen Arzt zum Zwecke der Mehrverordnung von Arzneien einen wirtschaftlichen Druck (etwa durch Heranziehen eines zweiten Arztes) ausübt. In kleineren Städten prävalieren nämlich in der Krankenversicherung aus Ursachen, welche hier nicht weiter ausgeführt werden können, die medikamentösen Behandlungsmethoden über die physikalischen. Umgekehrt wird auch durch Bäderbehandlung, also z. B. infolge der Anstellung und des schrankenlosen Waltens eines Arztes für Wasserheilverfahren, Naturarztes, die Kasse an den Rand des finanziellen Ruins gebracht.

II. Wenn die Majorität der Versicherten primär in ihrer Erwerbsfähigkeit beschränkt ist (Kassen der Hausindustrie oder mit vielen weiblichen Mitgliedern), so daß sie häufige und langdauernde Krankheiten durchmacht und infolgedessen ein Mehr an Heilmitteln bzw. Krankenhaustagen erfordert.

III. Wenn gewisse Krankheiten unter den Versicherten sich häufen, welche verhältnismäßig teure Heilverfahren beanspruchen, ohne Arbeitsunfähigkeit zu bedingen (Geschlechtskrankheiten).

2. Die finanzielle Unterwerfung des Heilmittels unter die Krankenkasse ist verbreiteter. Von den Badeanstalten, Milchhändlern, Apothekern, Optikern pflegen von den Krankenkassen nur diejenigen zugelassen zu werden, welche auf eine möglichst niedrige Bezahlung eingehen. Mannigfache Folgen bewirkt dieses Verhalten.

a) Die genannten Gruppen stellen sich den Krankenkassen in der Annahme zur Verfügung, daß bei den zahlreichen Kranken die Masse der Aufträge das Herabgehen unter die Gebühr herausschlage. Ganz allgemein ist nämlich auszusprechen: In der Privatpraxis dirigiert der Patient sein eignes Heilverfahren, nach seinen Finanzen bemessen sich die Ausgaben und demgemäß die Inanspruchnahme von Arzt und Heilmittel; in der Versicherungspraxis dirigiert ein Sachverständiger, der behandelnde Kassenarzt das Heilverfahren und die Krankenkasse leistet alle ihm notwendig erscheinenden Aufwendungen, weil dieselben eben einen integrierenden Bestandteil des Heilverfahrens bilden.

b) Die Folge ist eine heftige Konkurrenz unter den Vertretern der Heilmittel hinsichtlich der Zulassung zur Tätigkeit bei den Krankenkassen, es entsteht diesen ein billiges Angebot. Eine weitere Folge ist das Zurücktreten jeder für die Heilung wichtigen Einzelleistung gegen deren Gesamtsumme, die Pauschalierung der Leistungen.

c) Je mehr Personen die Krankenversicherung aufnimmt (Familienangehörige, Hausindustrie), um so mehr dehnt sich die Tätigkeit der Zugelassenen aus, während die Nichtzugelassenen keine genügende Privatkundschaft mehr haben und daher leicht wirtschaftlich zugrunde gehen.

d) Die heftige Konkurrenz fördert ein Aufblühen unlauterer Arten der Bewerbung: Bestechung, Zugehörigkeit zu einer politischen Partei u. a. m.

e) Der Kranke wird zur Not- und Selbsthilfe genötigt: er muß auf eigne Kosten die nächste Apotheke, die nächste Badeanstalt aufsuchen, oder zuzahlen, wenn er nur bei dem nicht zugelassenen Bandagisten das vorgeschriebene Suspen-

sorium, Katheter, Bougie erhält, oder endlich der Patient hat unter der Pauschalierung der Leistungen zu leiden. Kurzum es entstehen die mannigfachsten und folgenschwersten Differenzen zwischen Krankenkassen, Heilmitteln und Patienten um so mehr, als die Gesetzgebung es bisher nicht für nötig befunden hat, die durch die Krankenversicherung total veränderte Lage aller Organe der Heilkunde zu revidieren.

Total verändert wurden durch die Unterwerfung unter die soziale Versicherung besonders zwei Heilpersonen, die Apotheker und die Ärzte. Diese Veränderung besteht hauptsächlich darin, daß die Leistungen, die Inanspruchnahme erhöht worden sind, während deren Bewertung und Bezahlung erniedrigt wurden. Ich habe schon oben dargelegt, wie die Ärzte, je produktiver sie sind, um so niedriger honoriert werden. Die Unterwerfung des Heilmittels unter die Krankenkasse nahm eben ihren Ausgang von der Anschauung, die Krankenkassen seien wie die öffentliche Armenpflege ein Wohltätigkeitsinstitut. Daher wurde den Kassenärzten die berüchtigte billige Verordnungsweise vorgeschrieben, weil man die Armenpflege, die praxis pauperum dadurch von der praxis privata unterschied, daß in beiden zwar dieselben Medikamente verordnet wurden, aber in jener die teuren aber schmackhafteren Sirupe, Pillen, Suppositorien, Pastillen nicht oder tunlichst nicht in Anwendung kamen. So entstanden die Magistralformen, die von Krankenkassen angefertigten billigen Verordnungen, die bekanntlich heute noch dem Kassenarzt vorgeschrieben sind, die erhöhte Inanspruchnahme des Handverkaufs. Diese traditionelle Überlieferung von der billigen Verordnung ist aber allmählich ins Wanken geraten, weil die rastlose chemische Industrie große Veränderungen in der Therapie sowohl als in der Pharmacopoe hervorrief, und weil die Therapie eine derartige Differenzierung und ein Fortschreiten erlebte, daß bei vielen Krankheiten die Chirurgie, klimatische, mechanische Heilmethoden die Medikamente gänzlich verdrängten. Seitdem man die Erkenntnis gewonnen hat, daß die teuersten Heilmittel die billigsten sind, wenn sie dem Versicherten die rascheste Heilung bringen, seit dieser Zeit ist das Gebiet der therapeutischen Ökonomie sehr umfassend geworden; sie beschränkt sich nicht mehr auf den Konsum schlecht schmeckender, oft wertloser Magistralmedizin, sondern scheut nicht zurück vor monatelangem Heilstättenaufenthalt, sogar nicht vor kostspieligen Badereisen. Die Kosten des Unterhaltes der Apotheken sind gestiegen, die Konkurrenz derselben hat sich nicht nur in Gestalt der Drogerien vermehrt, ihre Mitarbeit ist in der sozialen Versicherung im Werte bedeutend erhöht, weil das Medikament noch immer in vielen Krankheiten das wirksamste, jedenfalls ein unentbehrliches Heilmittel ist, — dennoch ist der Preis ihrer Einzelleistung — gesunken. Hier hat eben die Gesetzgebung oder die gewerkschaftliche Organisation die bessernde Hand anzulegen.

Am meisten in Mitleidenschaft gezogen wird durch ihre Unterwerfung unter die soziale Versicherung der Kassenarzt; derselbe hat bekanntlich nicht geringe Leistungen der Versicherung gegenüber: Er leitet das Heilverfahren in der häuslichen und Sprechstundenpraxis, er kennt, beurteilt und wählt die Heilmethode aus nach seinen Anschauungen, Kenntnissen und Erfahrungen der therapeutischen Ökonomie, er begutachtet die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer, zahlreiche besondere Gutachten hat er unentgeltlich dem Patienten gegenüber zur Erlangung eines Heilstätten-, Land-, Badeaufenthaltes oder der Versicherung gegenüber ebenso kostenlos zur Feststellung der Simulation oder der Übertreibung abzugeben, er hat den Patienten bezüglich der Eheschließung, der Gesundheit der Kinder, der Wohnung, der Ernährung zu beraten und alles das für ein Honorar, das, mit Humor ausgedrückt, weit unter der Gebührenordnung liegt, und alles das zu einer Zeit, da einerseits die Ansprüche an den Arzt hinsichtlich der Höhe der Kenntnisse, des Instrumentariums, der ärztlichen Einrichtung beständig steigen und andererseits die Versicherung immer weitere Kreise zieht, immer mehr an Ausdehnung gewinnt durch Einbeziehung der Hausindustrie, der Familienversicherung, der freiwilligen Mitgliedschaft. Schlimmer als die finanzielle Unterwerfung aber, schlimmer als die Unterbietung des Honorars trotz der erhöhten Leistung, die nur von Unwissenden oder Böswilligen mit Rezeptschreiben identifiziert wird — schlimmer ist die moralische Unterwerfung des Kassenarztes. Und diese ist einzig und allein durch die gegenwärtige Art der Bewerbung entstanden.

Langsam breitete sich bei den Ärzten die Überzeugung aus, daß dieser Demoralisierung nur zu steuern sei dadurch, daß alle zur Ausübung der Kassenpraxis bereitwilligen ortsansässigen Ärzte zur kassenärztlichen Tätigkeit bei der örtlichen Versicherung zugelassen sein sollten. Dies ist der Inhalt der Bewegung für die freie Arztwahl. Die Versicherten dagegen faßten die freie Arztwahl in ihrem Sinne auf; sie wechselten mit dem Arzte, um möglichst oft Arbeitslosenunterstützung oder Krankengeld herauszuschlagen, handelte es sich aber für sie um die Beschaffung von ärztlicher Hilfe, a) in Notfällen, b) bei geheimen Krankheiten, wo namentlich in Betriebskrankenkassen ihr Geheimnis nicht genügend geschützt war, und sie leicht daraufhin die Arbeitsstelle verlieren konnten, c) in den Fällen, in denen sie spezialistische Hilfe für notwendig hielten, so bezahlten die Versicherten den Arzt der Wahl, den Nichtkassenarzt aus eigner Tasche. Auch die Krankenkassenmitglieder der staatlichen Betriebe, der Post und der Eisenbahn, machen Gebrauch von der Selbstversorgung besonders für ihre Familien und bei geheimen Krankheiten. In den letzteren Fällen kommen in den Großstädten die Polikliniken ihnen entgegen. Wenn freilich das kärglich bemessene Gehalt und der dürftige Lohn in wirtschaftlich sinkenden oder gesundheitsgefährlichen Industrien nicht zum Lebensunterhalt ausreichen, da müssen die Kassenmitglieder mit den ihnen von der Kasse erlaubten Heilmitteln und vorgeschriebenen Ärzten auskommen. Sozial und human ist das freilich nicht, aber sogar die Kassenvorstände finden das in bester Ordnung! Kurzum, für die Versicherten ist die Frage der ärztlichen Behandlung, wenn auch in einem dem Krankenversicherungsgesetze entgegengesetzten Sinne, durchaus gelöst.

Das Gesamtresultat der Unterwerfung des Arztes unter die Versicherung ist

1. die Minderwertigkeit und Unzulänglichkeit der kassenärztlichen Leistung für die Kranken und deren Selbsthilfe,
2. die finanzielle und moralische Schädigung sowohl der Kassen- als der Nichtkassenärzte.

Es ist nunmehr unsere Aufgabe, den Weg der vertragmäßigen Vereinbarung zwischen Krankenkasse und Heilmittel zu betrachten. Hier müssen wir nun die letzteren unterscheiden

a) in konstante,
b) in wechselnde Heilmittel.

Die konstanten Träger und Leiter des Heilverfahrens sind die Ärzte. Die übrigen Heilmittel sind dem Wechsel der Therapie unterworfen. Der Weg der Vereinbarung findet zwischen Krankenkassen einer- und den Ärzten andrerseits statt. Die Ärzte bestimmen in jedem Krankheitsfalle durch ihr Gutachten (informatorisches Attest)

die Art des Heilverfahrens, welches den Patienten am raschesten wieder herstellt.

Diese Gutachten respektive ihre vergleichende Zusammenstellung, welche von der ärztlichen Partei in bestimmten Zeiträumen zu besorgen ist, bilden die Unterlage für die Erforschung der sozialmedizinischen Spezialwissenschaft der therapeutischen Ökonomie. Deren Ergebnisse, die brauchbarsten Heilverfahren, werden von der Allgemeinheit der Ärzte akzeptiert. Endlich würde dadurch z. B. der Unfug und antiquierte Brauch der Wasserbehandlung der Syphilis aus der Kassenpraxis verschwinden.

Wie stellt sich nun die Versicherung zu den Heilmitteln, die der Arzt für notwendig befindet? Diese werden nach Tarifen bezahlt, welchen die Wünsche der Gesamtheit der Vertreter des betreffenden Heilmittels zugrunde liegen. Das zu verwendende Heilmittel hat eine gewerkschaftliche und therapeutisch-ökonomische Bewertung. Folgendes Beispiel soll das veranschaulichen:

Das kohlensaure Bad erfordert zu seiner Herstellung gewisse Einrichtungen und Arbeit, welche die Badeanstaltbesitzer berechtigen, einen bestimmten Preis hierfür zu verlangen. Das ist der betriebliche bzw. gewerkschaftliche Wert. Da nun dieses Bad bei dem Herzkranken günstiger wirkt als ein gewöhnliches Wannenbad, so kommt bei der Berechnung der Kosten des Heilverfahrens für Herzkranke das kohlensaure Bad noch mit einem höheren Wert (dem therapeutisch-ökonomischen) in Anrechnung. Dieser therapeutisch-ökonomischeWert ist aber nicht dem Fabrikanten des Heimittels, sondern dem behandelnden Arzt gutzuschreiben, der dieses intensiv wirkende Mittel verordnete. Sowohl der betriebliche (gewerkschaftliche) als der therapeutisch-ökonomische Wert des Heilmittels wechselt, jener hängt ab von den Betriebskosten, dieser vom jeweiligen Stande der therapeutischen Wissenschaft. Deswegen ist es apriori unlohnend, daß die Versicherung das Heilmittel in eigenes Regime nimmt, im großen bezieht oder gar produzieren läßt, gerade das Gegenteil der beabsichtigten Kostenersparnis kann eintreten, ganz abgesehen davon, daß das Vorhandensein der Heilmittel zu deren übermäßiger Verordnung führen kann.

Wenn wir den betrieblichen (gewerkschaftlichen) mit dem therapeutisch-ökonomischen Wert des Heilmittels vergleichen, so müssen wir bekennen, daß jener von diesen abhängig ist, da die therapeutische Ökonomie, wie bereits betont, die Voraussetzung der sozialen Versicherung ist. Daraus ergeben sich wichtige Folgerungen.

Hierher kommt der Satz III. Dadurch, daß dem Arzt der therapeutisch-ökonomische Wert des Heilmittels gutgeschrieben wird, daß derselbe für die besten therapeutisch-ökonomischen Heilverfahren eine besondere Honorierung erhält, kann der Wettbewerb um die Heilung der Kranken im Sinne der raschesten und dauernden Herstellung der Arbeitsfähigkeit angespornt werden.

I. Wenn der therapeutische Wert des Heilmittels sinkt oder verschwindet, so fällt der Absatz desselben, die Produktion des Heilmittels wird eingestellt. Die Differenzierung und Auslese der Therapie bewirkt einen fortwährenden oft sehr erbitterten Kampf der Behandlungsmethoden um einander. Der Betrieb der Apotheken z. B. ist geblieben, aber deren therapeutisches Absatzgebiet hat sich fortwährend verkleinert, infolge der Ausbildung der physikalischen Heilmethoden.

II. Die Methode, welche siegreich aus dem Wettbewerb am Krankenbette hervorgeht, erhält in der sozialen Versicherung einen höheren (den therapeutisch-ökonomischen) Wert als dem Individuum gegenüber (rein therapeutischer Wert).

Man wird entgegnen, die Art der Behandlung soll dem Gutdünken des behandelnden Arztes überlassen bleiben. Ich erwidere, die Krankenversicherung ist ein Heil-, kein Behandlungsinstitut: deshalb ist ihr nicht gedient, wenn blutarme Personen im Krankenhause eine mehrwöchentliche Pflege durchmachen, ohne ein besonderes medikamentöses, hydrotherapeutisches oder klimatisches, gegen die Blutarmut gerichtetes Heilverfahren. Deshalb entspricht es keineswegs der therapeutischen Ökonomie, wenn die Unfallverletzten aus den Krankenhäusern entlassen werden, sobald die Wunden granulieren, und die heilgymnastische Schlußbehandlung außerhalb des Krankenhauses erfolgt. Deshalb behaupte ich, neuere Arzneimittel können in der Krankenversicherung nicht geprüft, wohl aber bei hohem praktisch erprobtem Werte ohne Rücksicht auf die Kosten verordnet werden. Deshalb behaupte ich, homöopathische Verordnungen dürfen in der Kassenpraxis im Gegensatz zur Privatpraxis nicht geduldet werden, weil ihr suggestiver Nutzen zu teuer, ihr therapeutischer Effekt wertlos ist. Deshalb dürfen Geheimmittel in der Kassenpraxis nicht verordnet werden, weil es für deren Mischungen billige und ebenso gut wirkende Ersatzmittel gibt. Deshalb gestattet die Versicherung nicht die schrankenlose Anwendung einer Methode, z. B. des Naturheilverfahrens gegen alle Krankheiten: in der Privatpraxis darf man wohl den an Bandwurm Leidenden massieren, wenn das unschädlich ist; in der Kassenpraxis ist in diesem Falle lediglich die Anwendung des Medikaments das beste und billigste Heilmittel. Deshalb stehen Magistralformeln und die meisten schematischen billigen Verordnungen im geraden Gegensatze zur therapeutischen Ökonomie.

Die kassenärztliche Tätigkeit in der Haus- und Sprechstundenpraxis bedarf also, je zentralisierter und leistungsfähiger die Versicherung wird, dringend der Reform im Sinne der therapeutischen Ökonomie: tunlichst bei jedem Patienten hat der Kassenarzt näher zu begutachten 1. den klinischen Befund und den Zustand der Erwerbsfähigkeit, 2. die Art des Heilverfahrens, das er einzuschlagen gedenkt. Dann erst verliert seine Tätigkeit den Bereich der Schablone und gewinnt einen mehr praktisch-wissenschaftlichen Charakter.

Indessen kommt für die therapeutische Ökonomie der sozialen Versicherung keine einfache, sondern eine sehr komplizierte Art der ärztlichen Tätigkeit in Betracht. Wir unterscheiden

1. die offene hausärztliche (kassenärztliche Tätigkeit, sensu strictiores),

2. die geschlossene*) hausärztliche Tätigkeit (Krankenhaus),

3. die offene spezialärztliche Wirksamkeit, als deren Unterabteilung die Poliklinik anzuführen ist,

4. die geschlossene*) spezialärztliche Wirksamkeit (Heilstätte, Sanatorium).

Diese vier verschiedenen Formen des ärztlichen Wirkens müssen in Betracht gezogen werden. Sie sind entstanden mit der Differenzierung der medizinischen Wissenschaft selbst und da diese Differenzierung keineswegs abgeschlossen ist, vielmehr mit dem Fortschreiten der Wissenschaft häufig genug spezialistische Behandlung Allgemeingut der Ärzte wird, umgekehrt sich von der allgemeinärztlichen Praxis spezialistische Methoden ablösen, so muß die therapeutische Ökonomie hiervon fortwährend beeinflußt und verändert werden. Gegenwärtig stehen diese vier Arztformen keineswegs in einem zweckmäßigen Verhältnis zur therapeutischen Ökonomie. Betrachten wir ihre verschiedenen Aufgaben näher. Das Krankenhaus hat zunächst den Zweck, die offene hausärztliche Praxis zu ersetzen. Dies geschieht a) in Krankheitsfällen, welche der Absonderung (Isolierung) wegen Gefahr der Weiterverbreitung einer Infektion oder wegen Gefährdung der persönlichen Sicherheit der Familie und Umgebung bedürfen, also bei Infektiösen und Geisteskranken. Zweitens

*) „Geschlossen" hat hier den Sinn in sich geschlossen, nicht von der Gesellschaft abgeschlossen.

aber tritt die geschlossene (Anstalts) Pflege an die Stelle der offenen dort, wo die letztere mangels einer Wohnung oder mangels einer geeigneten Pflege nicht ausreichend ist. Drittens tritt in vielen Krankenhäusern, besonders der Großstädte die geschlossene spezialärztliche Wirksamkeit namentlich auf dem Gebiete der Chirurgie, inneren und Hautkrankheiten hinzu. Dadurch wird dieser ärztliche Mechanismus recht kompliziert und konkurriert nicht nur mannigfach mit den anderen Arztformen, sondern wird auch zu einer allerdings unzureichenden Art der Lösung der Wohnungs- und Ernährungsfrage der Arbeiter. Nicht jede ansteckende Krankheit bedarf der Anstaltspflege:

a) wenn die Ansteckung nicht einhergeht mit einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so ist die Aufnahme des Infektiösen, falls derselbe ausreichende Wohnung und Beköstigung hat, nur berechtigt, wenn die ärztliche Behandlung der offenen Pflege nicht ausreicht, oder wenn das Heilverfahren in der geschlossenen Pflege intensiver und in kürzerer Zeit als in der offenen ausgeführt werden kann. Beispiele: Die nicht komplizierte Gonorrhoe und Lues stören trotz ihrer Ansteckungsgefahr nicht die Arbeitsfähigkeit. Diese Patienten können vom Arzt belehrt und darauf hingewiesen werden, wodurch sie eine Infektion ihrer Umgebung verhüten können. In der Versicherungspraxis ist jedenfalls die Krankenhausbehandlung der nicht komplizierten Gonorrhoe und Lues das teuerste Heilverfahren, weil jeder Verpflegungstag Geld kostet; es ist ferner ein Heilverfahren, welches sehr wohl vom allgemein tätigen Arzt ausgeführt werden kann, und nur in komplizierten Fällen ist das Eingreifen eines Spezialisten notwendig. Bei der niedrigen Pauschalhonorierung oder bei der überaus niedrigen Honorierung der Einzelleistungen*) der Kassenärzte oder gar bei der Überhäufung einiger fest angestellter Ärzte mit Kassenpatienten ist die Krankenhausbehandlung der Geschlechtskrankheiten ein beliebter Ausweg.

b) Anders steht es beim Typhus. Die Arbeitsfähigkeit ist bei dieser Krankheit geschwunden, die Gefahr der Infektion der Umgebung bedeutend größer als bei Lues und Gonorrhoe; häufige Temperaturmessungen, häufige Kontrolle durch den Arzt, eine sachverständige Krankenpflege und Ernährung steigern hier die Kosten der häuslichen Behandlung für die Versicherung. Es stellt also hier die Krankenhausbehandlung scheinbar das billigste Heilverfahren dar. Scheinbar, denn 1. der von der Krankenversicherung pro Tag entrichtete Zuschuß reicht bekanntlich nicht aus, die Kosten der Krankenernährung geschweige denn des Baues besonderer Baracken, besonderer Badeeinrichtung u. a. m. zu decken, die Verwaltung des Krankenhauses, in letzter Linie die Stadt trägt das Difizit. 2. Die Ärzte, die männlichen und weiblichen Pfleger stellen sich mit eigner Lebensgefahr ohne entsprechenden Entgelt in den Dienst dieser Kranken. Mit anderen Worten: die Abteilungen für Infektionskrankheiten stellen für die Versicherung geschlossene spezialärztliche Heilstätten dar, deren Kosten am wenigsten die Versicherung selbst, vielmehr die Stadt und die angestellten Ärzte und das Pflegepersonal tragen.

In der erstaufgeführten Gruppe von Infektionen ist das Krankenhaus für die Versicherung entbehrlich, in der zweiten Gruppe ein billiges Sanatorium. Ich bin der Ansicht, daß mit der Zentralisation und steigenden Leistungsfähigkeit und ferner mit tatkräftigen, sozialen Reformen auf dem Gebiete des Wohnungswesens sowohl die offene hausärztliche, als die offene und geschlossene spezialärztliche Behandlungsform das Krankenhaus immer mehr zurückdrängen, respektive in reine spezialärztliche Heilstätten umwandeln werden. Freilich müssen zu dieser Entwicklung auch die Fortschritte der ärztlichen Gewerkschaft in Hinsicht auf die Bezahlung der Einzelleistungen drängen.

Gehen wir nunmehr zur Betrachtung der spezialistischen Arztform über, so können wir deutlich sehen, wie sehr dieselbe im Dienste der therapeutischen Ökonomie steht. Dieses gilt sowohl im Hinblick auf die Erkenntnis, als auf die Heilung der Krankheit. Die chirurgischen Spezialisten (im weitesten Sinne des Wortes, also auch Augen-, Hals-, Nasen-, Ohrenärzte) bewirken durch ihre Kunst eine auch dem Laien auffällige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die inneren Spezialisten, die so vielen unheilbaren Krankheiten gegenüberstehen, wirken im Sinne der geeigneten Behandlung, der längere Zeit in Anspruch nehmenden Heilung, der Krankheitsverhütung, der Auswahl einer geeigneten Beschäftigung. Jene stellen in den Dienst der Versicherung — man darf ruhig sagen — kostenlos ein teures, rasch sich abnützendes Instrumentarium; diese kommen durch die Kombination und die längere Dauer der Heilverfahren auf dem Gebiete der inneren Krankheiten der Versicherung scheinbar teurer zu stehen als jene. Beide Gruppen benutzen in der Neuzeit immer mehr zur rascheren, intensiveren Heilung das geschlossene, spezialärztliche Heilverfahren, das Sanatorium, die Heilstätte. Man hat fälschlich die Privatkliniken für Chirurgie, Magen-, Darm- u. a. Krankheiten als moderne ärztliche Großbetriebe bezeichnet, welche die Kleinbetriebe verdrängen müßten. Das Sanatorium ist vielmehr ein geschlossenes System, eine private Kombination von Heilmitteln, welche geschickt zu einem therapeutischen Endziel von dem Unternehmer verknüpft werden. Das Sanatorium ist ein ärztlicher Betrieb, der einem speziellen Heilverfahren angepaßt ist. Die Bezeichnung Klein- und Großbetrieb paßt auf die Ärzte genau so wenig, wie auf die Arbeiter. Gegenwärtig ist die Neigung zu Sanatorien und deren Gründung recht lebhaft; aber nur derjenige wird sie überschätzen, nur der ihre Alleinherrschaft den hausärztlichen „Kleinbetrieben" gegenüber wünschen, der das Fortschreiten der Therapie nicht einsehen will, der es übergeht, daß es sich vielfach um temporäre, nicht stationäre Heilinstitute handelt, der überall den Kranken aus der Familie, aus der Einzelpflege in die Anstalt überführen will. Derartigen Übertreibungen darf die soziale Versicherung kein Ohr leihen, wenn sie gemäß der therapeutischen Ökonomie verwaltet wird. In diese Kategorie gehören auch Badekuren, d. h. die Anwendung natürlicher Heilfaktoren am Orte der Entstehung derselben mit Hilfe eines Arztes. Auch diese wegen ihrer Kosten von den Krankenkassen bisher vernachlässigten Heilstätten spielen für die therapeutische Ökonomie eine bedeutende Rolle. Nicht wenigen Kranken bringen sie Heilung und Herstellung der Arbeitsfähigkeit, vorausgesetzt, daß eine richtige Auswahl des Bades und des Kranken getroffen wird.

Wir kommen nunmehr auf das Verhältnis der Spezialisierung zur allgemein ärztlichen Tätigkeit zu sprechen und haben die ursächlichen Momente der Spezialisierung kennen zu lernen. Wir haben bereits:

I. die Differenzierung der medizinischen Wissenschaft als eine Ursache der Spezialisierung kennen gelernt. Dabei handelt es sich aber nicht um eine Arbeitsteilung wie bei den Industriearbeitern; vielmehr wird bekanntlich das einzelne Organ immer

*) Eine in der Kassenpraxis durchgeführte Einspritzungskur, die nach den obigen Darlegungen über den therapeutisch-ökonomischen Wert der Heilmittel besonders hoch honoriert werden müßte, wird heute den Kassenärzten gar nicht oder selbst bei den heutigen Kassen mit freier Arztwahl als gewöhnliche Einzelleistung mit 30 bis 50 Pf. bezahlt. Die Kasse müßte gewähren: 1. die Subkutanspritze, 2. eine besondere Gebühr für die doch mehrere Minuten und exakte Desinfektion bzw. Sterilisierung erfordernden Einspritzungen.

in Verknüpfung mit dem ganzen Organismus untersucht und behandelt.

II. Die Beschäftigung der Spezialärzte müßte also im Zusammenhange mit den allgemein tätigen Ärzten von der ärztlichen Gewerkschaft geregelt und zweckmäßig verteilt werden. Tatsächlich aber unterliegen, zumal diese sich noch im embryonalen Zustande befindet, alle Ärzte nach Gesetz der Gewerbefreiheit, und daher siedeln sich die Spezialisten mit Vorliebe in den Großstädten an — nicht als ob auf den stark bevölkerten Kreisen des flachen Landes kein Bedürfnis für Spezialisten vorliegt *) — sondern weil die Bevölkerung der Großstadt die Spezialisten mehr aufsucht.

III. Die Tätigkeit der Spezialisten wird meist höher honoriert; dieser Umstand veranlaßt viele allgemein praktizierende Ärzte sich zu spezialisieren.

IV. In vielen Fällen liegt die Ursache der Spezialisierung in staatlichen Einrichtungen oder gesellschaftlichen Zuständen. 1. Das Unfallversicherungsgesetz ist der Ausgangspunkt für die Erforschung der Beziehungen zwischen Unfall und Krankheit geworden; die Orthopädie und Massage hat infolgedessen einen breiteren Anwendungskreis, eine steigende Zahl ihrer tätigen Vertreter erlangt. 2. Die zur Bekämpfung der Tuberkulose und des Alkoholismus errichteten Sanatorien sind im Zunehmen begriffen, seitdem die Gesellschaft ein lebhafteres Interesse für Beseitigung dieser Krankheiten an den Tag legt. 3. Mit der Zunahme der Geschlechtskrankheiten und der Ehelosigkeit wächst die Zahl der Spezialisten auf diesem Gebiete.

Man sieht, die Vermehrung der Spezialisten ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen, aber es handelt sich hier um eine vorübergehende Erscheinung. Wie die Jennersche Pockenimpfung die Pockenhäuser überflüssig machte, das Behringsche Heilserum die Gefahren der Diphtherie verringerte, so wird ein künftiges Spezifikum gegen die Tuberkulose ein gegenwärtig spezialisiertes Gebiet dem ärztlichen Allgemeinpraktiker zurückführen, und je eifriger die Gesellschaft als solche den Kampf gegen die Trunksucht aufnimmt, um so mehr wird die Zahl der Trinkerheilstätten reduziert werden. Sowohl die Fortschritte auf individuell-therapeutischem Gebiete als ernstliche soziale Reformen dienen dazu, einer exzessiven Arbeitsteilung auf ärztlichem Gebiete die Zügel anzulegen.

Es bleibt nunmehr noch übrig, kurz einzugehen auf „Spezial“-kassenärzte, Polikliniken und die Vertrauensärzte der Versicherung.

Seit Bestehen des Krankenversicherungsgesetzes ist bei den maßgebenden Personen die Theorie weit verbreitet, daß nur einzelne Ärzte die Fähigkeit besitzen, tüchtige Kassenärzte zu sein, daß es also Spezialisten für die Ausübung der ärztlichen Kassenpraxis geben sollte. „Wem Gott gibt ein Amt, dem gibt er auch Verstand.“ Schon jetzt aber ist diese herrschende Anschauung unhaltbar, denn das Institut der „Spezialkassenärzte“ befördert die Selbstversorgung der Versicherten, es schafft zwar Ersparnisse, aber auf Kosten der Versicherten, es macht einen ausgedehnten Gebrauch wirklicher Spezialisten nicht überflüssig und steht daher im geraden Gegensatz zur therapeutischen Ökonomie. Diese fest angestellten (Bezirks-Distriksärzte) sind tatsächlich nicht Spezialisten — denn wer könnte wohl Spezialist für alle Teilgebiete der Medizin sein — sondern Vertrauensärzte der Krankenkassen; dasselbe gilt von den Knappschaftskassen- und Bahnkassenärzten.

Der Vertrauensarzt ist in der gegenwärtigen Versicherung ein weit verbreiteter, ärztlicher Beamter mit ziemlich unklaren Funktionen. Bei den meisten Krankenkassen dient er zur Feststellung der Simulation, der Notwendigkeit besonderer Ausgaben für den Kranken, wie Zahngebisse, Landaufenthalt u. a. Weil auf die Begutachtung durch die Kassenärzte in der gegenwärtigen Versicherung kein Wert gelegt wird, ist das Institut des Vertrauensarztes zumeist die einzige Form der Begutachtung. Und das hat seine Schwierigkeiten, weil ja der Vertrauensarzt dann wieder Spezialkenntnisse auf dem Gebiete der Zahn-, inneren und chirurgischen Leiden haben muß. Statt des einen Vertrauensarztes müßten also mehrere Spezialärzte des Vertrauens fungieren.

Für die zahlreiche Sonderanstellung von Vertrauensärzten gibt es vier Hauptursachen: 1. die Dreiteilung. in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherung, 2. die Zersplitterung der Krankenkassen in Orts-, Betriebs- und Innungs- usw. Krankenkassen, 3. die gesetzliche Verschiedenheit des Begriffes der Invalidität und die Einführung der Rente in die Therapie der Invalidität, 4. die Unkenntnis der Beziehungen zwischen Krankheit und Arbeit, die Pathologie des Berufes, Probleme, die der Vertrauensarzt nach subjektivem Ermessen d. h. oft im Sinne der Versicherung zu lösen meint. Jedenfalls sind diese Vertrauensärzte ebensowenig wie die beamteten Ärzte Spezialisten im Sinne der therapeutischen Ökonomie.

Die Polikliniken sind von den größeren Städten errichtet worden, um ohne Kosten die Sprechstundenbehandlung der kranken Stadtarmen auszuführen. Mit der Spezialisierung der Medizin wurden diese Institute immer mehr von Spezialisten errichtet, um als Entgelt für die kostenlose Behandlung ein bequemes und reichliches Übungsmaterial zu erlangen. Mit der Zunahme der medizinischen Privatdozenten, denen kein anderweitiges Krankenmaterial von der Unterrichtsverwaltung zur Verfügung gestellt wurde, wurden zahlreiche Polikliniken auch Lehrinstitute. Die gegenwärtige Krankenversicherung ist bei dem geringen Honorar, das sie den Spezialärzten zahlt, auf die Mitbenutzung dieser Beratungsanstalten angewiesen, sie hat so zu deren wachsender Frequenz beigetragen. Die Folge war eine ungenügende ärztliche und moralisch kränkende Abfertigung der Versicherten als Besucher einer Poliklinik.

Die Poliklinik ist eine Verlegenheitseinrichtung der sparenden Behörden. Aber für die Versicherungspraxis bedeutet sie keine Ersparnis sondern Verschwendung. Bekanntlich drängte dieselbe Ortskrankenkasse zu Leipzig, welche die Gründung der Beratungsanstalten begeistert ins Werk genommen hatte, nach genügender Erprobung zu deren Abschaffung. Der Versicherung stellen sich bei ausreichender Honorierung in der Sprechstunde sowohl als zur häuslichen oder geschlossenen Behandlung genug Spezialisten zur Verfügung, so daß auch das zur Heilung immer erforderliche Vertrauen zum Arzt, die ärztlichen Imponderabilien im Gegensatz zur Nummerbehandlung der Poliklinik dem Versicherten geboten wird.

Indem ich den Lesern dieser Zeitschrift die Bestandteile eines komplizierten Heilapparates darstellte, war ich mir bewußt, ein wichtiges Feld der ärztlichen Sachverständigentätigkeit betreten zu haben. Nur durch die Publikation und Vergleichung einschlägiger Einzelbeobachtungen und Erfahrungen kann dieser Zweig praktischer Sozialwissenschaft weiter ausgebaut werden. Aber die Gesetzgebung muß endlich die Maschinerie dieses komplizierten Heilapparates kennen und würdigen lernen, damit derselbe richtig und zum Nutzen der Gesamtheit tätig ist, damit endlich mit einer Sozialpolitik gebrochen wird, welche einen Stand proletarisiert, um einem anderen Stande aufzuhelfen.

---

*) In den Garnisonstädten pflegen die Militärärzte die nicht vorhandenen Spezialärzte zu ersetzen.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die oto-rhinologische Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigen-Tätigkeit

für das Wintersemester 1904/05.

Von Dr. Nadoleczny, München.

Beginnen wir unseren Bericht zunächst mit den Verletzungen des Gehörorgans, die wohl am häufigsten Gegenstand gerichtlicher Gutachten sind. An die Spitze der einschlägigen Publikationen mögen zwei Arbeiten besprochen werden, die abgesehen von ihrem theoretischen, besonders auch militärärztliches Interesse haben.

1. **Ostino**, Les lésions de l'organe de l'ouïe par détonations d'armes et de bouches à feu. Giornale med. del R. esercito 52 Vol. Mai 1904.

2. **Mancioli**, La membrane du tympan et les détonations d'armes à feu. Revue hébd de laryngol. etc. Nr. 51/04.

3. **Baurowicz**, Zur Entstehung des Trommelfellrisses durch Kopfknochenerschütterung. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde Nr. 9. September 1904.

4. **E. Jürgens**, Ein Fall von Verätzung der Vena jugularis u. Arteria carotis vom Ohr aus und Tod durch Blutung aus denselben. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde Nr. 10. Oktober 1904.

5. **Schwarz** (Gleiwitz), Traumatische Karies des Schläfenbeins. Versamml. Deutscher Naturforscher u. Ärzte. Breslau 1904. Ref. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde 49, S. 50.

6. **Laurens**, Trepanation de labyrinthe pour corps étranger enclavé dans un canal demi-circulaire. Guerison Archives internationales d'otologie etc. XIX, S. 86.

7. **Katz**, Operativ geheilter Fall von Labyrinthnekrose mit Ausstoßung der ganzen Schnecke. Berliner klin. Wochenschr. 40. 1904.

8. **Mignon**, Othématome spontané chez un enfant. Bulletins et mémoires de la société Française d'otologie. XX. 2, S. 227.

Ostino (1) hält die Trommelfellrupturen nach Geschützdetonationen nicht für alleinige Folgen der Luftdruckvermehrung, denn diese ist gering und mit dem Manometer nicht nachweisbar. Wichtiger scheint ihm die Tonwelle, die vom Trommelfell teilweise reflektiert wird, also dessen Erschütterung bewirkt. Prädisponierend für Labyrinthaffektionen bei solchen Traumen ist frische Lues, für Trommelfellruptur geheilte Otitis, Tubenstenose und weite Mittelohrräume. Die Symptome sind bekanntlich Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Die Artilleristentaubheit ist zwar labyrinthär, aber oft mit chronischem Mittelohrkatarrh kompliziert. In letzterem Falle hat sie eine bessere Prognose. Nach der Detonation von Geschützen kann man am Trommelfell Rötung, seltener kleine Hämorrhagien beobachten. Vom Dienst bei der Artillerie sind alle Personen auszuschließen, die eine eitrige Mittelohrentzündung durchgemacht haben, mit chronischem Mittelohrkatarrh oder adenoiden Vegetationen behaftet sind. Die Behandlung der Labyrinthaffektionen kann versuchsweise mit Pilokarpin oder Jodkali eingeleitet werden. Unglaublich klingt es, wenn Ostino vorschlägt, bei traumatischer Ruptur des Trommelfells mit Blutung in den Gehörgang eine antiseptische Spülung zu machen, um der Eiterung vorzubeugen und dann zu tamponieren. Weniger Polypragmasie wäre hier mehr zu empfehlen. Mancioli (2) ist auch der Ansicht, daß die Irritation bei der Detonation weniger vom Druck als von der Tonstärke abhängt. In Betracht kommt aber noch eine starke Kontraktion des tensor tympani. Er hat Versuche an Kaninchen gemacht, bei denen allerdings eine Reflexkontraktion dieses Muskels ausblieb. Er hält eine traumatische Ruptur bei Geschützentladungen für unmöglich, wenn nicht alte oder frische Trommelfellläsionen schon vorhanden sind.

Baurowicz (3) hält die bei Erschütterung der Kopfknochen auftretenden Trommelfellrisse für durch Überdehnung verursachte Berstungsbrüche, bedingt durch den vermöge der Elastizität der Schädelknochen hervorgerufenen Contrecoup. Er beschreibt zwei Fälle: Ein Bahnbediensteter stieß, auf der Wagenplattform stehend, mit der linken Hinterkopfseite an eine Planke: Kopfschmerz, Ohrensausen, Taubheitsgefühl im rechten Ohr. Untersuchung neun Tage nach dem Unfall ergab: Trommelfelle: links Einziehung und Trübung, rechts kleinerbsengroße Perforation im hinteren unteren Quadranten am Umbo, deren Ränder reaktiv entzündet waren. Hörweite für Flüstersprache nur $1/4$ m. Stimmgabel vom Scheitel aus nach rechts besser gehört. Da der Patient, bevor er in B.'s Behandlung kam, schon zweimal ausgespritzt worden war (Kunstfehler!), so trat nach ein paar Tagen eine glücklicherweise kurzdauernde Eiterung ein. Ein späterer Versuch, das Loch durch Anätzung der Wundränder zu schließen, mißlang. Ein anderer Patient erhielt Faustschläge hinters linke Ohr, worauf Schwerhörigkeit und Blutung eintrat. Am fünften Tage konstatierte B. eine große Perforation der hinteren Trommelfellhälfte. Der so entstandene Lappen lag umgeklappt auf der vorderen Trommelfellpartie. Die Labyrinthwand schien intakt. B. gelang es, den Lappen zu reponieren; sofort hörte der Patient besser, worauf dann tamponiert wurde. Der Lappen wuchs an. Es war der hintere Teil des Trommelfells am annulus fibrocartilagineus abgerissen, daher auch stärkere Blutung, wie immer bei randständigen Rissen.

E. Jürgens (4) berichtet über einen Soldaten, der wegen rechtsseitiger Fazialislähmung der Nervenabteilung überwiesen war. Er hatte aber eine gleichseitige Ohreiterung mit Blutungen, die auf Tamponade standen, sich aber 10- bis 15 mal wiederholten und von Erbrechen begleitet waren. Sie führten zu schwerer Anämie. Nach Reinigung des Ohres wurde eine fötide Mittelohrvereiterung festgestellt, die infolge einer Schwefelsäure-Verätzung und Verschorfung des häutigen und knöchernen Gehörgangs und des Trommelfells entstanden war. In der Tiefe sah man eine graue pulsierende Masse an Stelle der fehlenden Vorderwand der Paukenhöhle. Nach dreiwöchentlicher Behandlung trat Fieber auf, das zwölf Tage zwischen 38 und 39 ¹ schwankte. Die Totalaufmeißelung ergab Nekrotisierung des Felsenbeins. Unterbindung der Karotis und Jugularis war wegen der Anastomosen zwecklos. Der Tod trat nach zehn Tagen ein. Die Blutungen hatten ihren Weg durch die Tube auch in die Nasen- und Mundhöhle gefunden, sie förderten Karotis- und Jugularisblut gemeinsam zutage. Es handelte sich wieder einmal um einen der in Polen und Österreich so häufigen Selbstverstümmelungsversuche eines Soldaten.

Schwarz (5) beschreibt zwei folgenschwere Verletzungen des Schläfenbeins. Den einen seiner Patienten hatte eine Spitzhacke am Kopf getroffen. Ohrschmerz rechts und erhebliche Schwerhörigkeit waren die Folge. Doch erschienen die Trommelfelle zunächst normal, und erst nach sechs Wochen trat rechts eine Rötung auf. Nach acht Wochen stieg die Temperatur auf 39° C. Es wurde eine akute exsudative Mittelohrentzündung rechterseits konstatiert, verbunden mit Mastoiditis, die operativ geheilt wurde. Auffallend war die fahle Gesichtsfarbe des Verletzten während der ganzen Beobachtungszeit. Im zweiten Falle handelte es sich um ein älteres Leiden, das an ein drei Jahre früher erfolgtes Trauma der linken Ohrgegend anschloß. Es war darnach zuerst blutiger Schleimabfluß durch die Nase abgegangen, später bisweilen Ohreiterung und Schwerhörigkeit links, auch Schwindel. Schwarz konstatierte nun eine tiefe Narbe an Stelle der Spitze des linken Warzenfortsatzes, im Trommelfell ferner zwei Perfo-

rationen, zwischen denen in der Mitte von oben nach unten ein Streifen der erhaltenen Membran zog, schließlich einen Defekt der hinteren häutigen und knöchernen Gehörgangswand bis auf 8 mm vom porus acusticus externus. Durch den 3—4 mm breiten Schlitz konnte man ins Antrum mastoideum hineinsehen, das mit abschilferndem Epithel ausgekleidet war. Die Fissur verlief parallel der Achse des äußeren Gehörgangs, der jedenfalls anfangs zugeschwollen war, daher damals der Sekretabfluß durch die Tube in die Nase. Die Taubheit war links vollkommen.

Laurens (6) hat eine Patientin, die beinahe an den berüchtigten Fremdkörperextraktionen zugrunde gegangen wäre, noch glücklich retten können. Sie soll sich als Kind Kieselsteine in den Gehörgang gebracht haben, von denen einer darin geblieben sei. Ein Arzt, der ihn (angeblich!) gesehen hat, machte Extraktionsversuche mit Spülungen, Pinzetten und Sonden, schließlich ohne Erfolg die Ablösung der Ohrmuschel in Narkose. Bei der vorher normalhörigen Patientin stellten sich dann Taubheit, Schwindel, Erbrechen und Schmerzen ein. Als Grund für diese Labyrinthsymptome fand Laurens bei der Operation ein Stahlstück von einer Kurette im horizontalen Bogengang, das nebenbei eine Mastoiditis verursacht hatte. Nach zehn Tagen waren die bedrohlichen Symptome geschwunden, nach zwei Monaten erfolgte die Heilung. Den Stein hat niemals jemand gefunden.

Der Patient von Katz (7), ein 24 jähriger Schlosser, hat sein Leiden einem Kopfsprung ins Wasser zu verdanken, bei welcher Gelegenheit er in tiefen Schlamm geriet. Er war damals elf Jahre alt. Ins rechte Ohr war angeblich Schlamm gekommen, worauf Schwerhörigkeit und Schmerzen sich eingestellt hatten. Seither leidet er an einer chronischen Mittelohreiterung. Katz stellte 1902 ein Cholesteatom mit Perforation der membrana flaccida fest. Labyrinthsymptome und Mitte Januar 1903 eine Lähmung der rechten Gesichtsnerven ließen die Affektion recht bedrohlich erscheinen, bis sich endlich Anfang Februar der Patient zur Operation verstand. Im Laufe der Nachbehandlung wurde dann ein Schneckensequester entfernt, worauf die Eiterung heilte, natürlich mit vollständiger Taubheit rechts und ohne subjektive Geräusche. Die Fazialislähmung war nach acht Tagen geheilt, obwohl vom Labyrinth nur der Schneckenteil abgestoßen wurde.

Zum Schlusse dieses Abschnittes sei eine Beobachtung von Mignon (8) erwähnt, die das Othämatom betrifft. Diese Affektion ist bekanntlich meist traumatischen Ursprungs. Mignon hat nun am linken Ohr eines neunjährigen Knaben eine solche Ohrblutgeschwulst im Laufe eines Monats sich ausbilden sehen. Sie blieb dann einen Monat lang stationär und heilte nach der Punktion in fünf Tagen. Eine traumatische Ursache war nicht festzustellen.

Im folgenden Abschnitt sollen nun einige Arbeiten besprochen werden, die sich mit nervösen und psychischen Alterationen otogener Natur beschäftigen, deren Kenntnis für den Sachverständigen nicht nur dann von Interesse ist, wenn es sich um Traumen handelt, sondern ganz besonders auch hinsichtlich der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit.

9. **Stenger,** Über die Arten der nach Kopfverletzungen auftretenden Neurosen. Die traumatischen Labyrinthneurosen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1905.

10. **Schwarz,** Ein objektiver Nachweis von Störungen des Gleichgewichtssinnes bei Verletzungen der Hörorgane zum Zweck der gutachtlichen Beurteilung der aus den Unfallfolgen resultierenden Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Unfallgesetzes. Versamml. deutscher Naturf.-Ärzte. Breslau 1904. Ref. Zeitschr. f. Ohrenheilk. 49, S. 51.

11. **Dölger,** Hysterische rechtsseitige Taubheit mit gleichzeitiger Hyperästhesie des äußeren Ohres. Münchener med. Wochenschr. Nr. 14, 1905.

12. **Régis,** Maladies de l'oreille et hallucinations de l'ouïe. Journal de medicine de Bordeaux. Nr. 30. 1904. S. 547.

13. **Touberl,** Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes. Bulletins et mémoires de la société Française d'otologie. 1904. T. XX, 2, S. 38.

14. **Bonain,** Deux observations intéréssantes de complications endocraniennes d'otite moyenne suppurée. Ibidem S. 25.

Der Menièresche Symptomenkomplex und seine allgemeinen nervösen Beschwerden werden nach der Schwere der objektiven Labyrinthsymptome beurteilt, ebenso sind nach Stenger (9) die Labyrinthtraumen zu begutachten. Ihre Hauptsymptome sind zunächst Chok, Bewußtlosigkeit bis Verwirrtheit, dann eventuell erst die eigentlichen Labyrinthsymptome oder Chok ohne Bewußtseinsstörungen und erst längere Zeit nachher auftretende Labyrinthsymptome. Zur Differentialdiagnose von der traumatischen Neurose beachte man, daß bei Labyrinthläsionen Schwindel und Hörstörungen auftreten. Waren diese Symptome zu konstatieren, so müssen nachfolgende allgemein nervöse Beschwerden auf die Labyrinthverletzungen bezogen werden: also ist dann nicht einfach eine traumatische Neurose, sondern eine traumatische Labyrinthneurose anzunehmen. Ausschlaggebend bleibt hier die exakte Untersuchung möglichst rasch und dann auch noch später nach dem Unfall.

Schwarz (10) hoffte eine Methode zum objektiven Nachweis von Gleichgewichtsstörungen nach Traumen darin gefunden zu haben, daß die Pulsfrequenz und Pulskurve bei solchen Patienten charakteristische Veränderungen beim Bücken zeige, und zwar eine Steigerung beim Bücken und eine neue Frequenzsteigerung beim Aufrichten, ferner eine deutliche Unregelmäßigkeit. In der Diskussion, die seinem Vortrage folgte, wird aber die Annahme eines konstanten Verhältnisses zwischen Pulsfrequenz und Schwindel von Schilling und Hinsberg bestritten. Letzterer hat z. B. während eines Menièreschen Anfalls auch Pulsverlangsamung gesehen.

Dölger (11) hat ein zwölfjähriges Mädchen beobachtet, das vor sechs Jahren nach einem Sturz in einen Graben aus Mund und Nase blutete, aber keine Ohraffektion davontrug. Mit acht Jahren überstand sie eine Pneumonie und im Anschluß daran eine rechtsseitige Mittelohrentzündung. Neuerdings gleichzeitige Ohr- und Kopfschmerzen. Auffallende Druckempfindlichkeit des Warzenteils und Berührungsempfindlichkeit der Gehörgangswände, bei sonst normalem Befund. Dabei Taubheit für Flüstersprache rechts und Aufhebung der Kopfknochenleitung ebenda. Temperatur 37^5. Pharyngotonsillitis acuta. Nach 14 Tagen war das Gehör rechts wieder da, und zwar ebensogut wie links. Es waren noch Schwindelanfälle und Übelkeiten hinzugekommen. Charakteristisch aber war die Überempfindlichkeit der unteren Wand des knöchernen Gehörgangs. Die rechtzeitige Diagnose: Hysterie schützte die Patientin vor operativen Eingriffen, an die man hätte denken können.

Régis (12) klassifiziert die Ohrenkranken mit subjektiven Geräuschen wie folgt: I. Indifferente; II. solche, die unter den subjektiven Geräuschen leiden, neurasthenisch, hypochondrisch und mißtrauisch werden; III. solche, bei denen durch subjektive Geräusche Halluzinationen ausgelöst werden. Diese können z. B. Gesänge hören, wissen aber, daß sie im Ohre selbst entstehen (einseitig), andere wissen es zwar nicht, reagieren aber auch nicht darauf. Eine dritte Kategorie leidet an Delirien und an Verfolgungswahn. Die Halluzination ist immer an das Ohrenleiden geknüpft und davon abhängig, ob jenes ein einseitiges, ein doppelseitiges bzw. ein einseitig stärkeres ist.

Toubert (13) gibt eine Einteilung der Fälle von otitis media acuta perforativa, kompliziert mit Psychosen. Eine Gruppe bildet er aus jenen, bei denen zwar die Ohreiterung, nicht aber die Psychose heilt. Hierzu teilt er vier Fälle aus der Literatur mit. Bei einer anderen Gruppe heilt nur die Psychose, dagegen die Ohreiterung nicht. Zu einer dritten Gruppe vereinigt er neun Fälle aus der Literatur und zwei eigene Beobachtungen, bei denen beide Affektionen gleichzeitig heilten. Der eine seiner Patienten litt an chronischer Mastoiditis und hatte daneben manische Zustände. Seit der Operation wichen diese zuerst einer Depression, worauf dann das psysische Gleichgewicht sich wiederherstellte. Im zweiten Fall handelte es um das gleiche Ohrenleiden, begleitet von Halluzinationen und Verfolgungsideen. Nach der Operation verschwand die Psychose, ebenso eine partielle Fazialislähmung. Die Reize, welche Psychosen auslösen können, sind nach T. die Kompression durch Eiterretention, ferner anatomische Läsionen der Hirnhäute und schließlich die Einwirkung auf das Zirkulations- und Nervensystem überhaupt. Die Literaturangaben sind leider nicht vollständig, so fehlt z. B. der Fall von Pettazzi. (Arch. Ital. di Otol. X. 4.) Anhangweise sei hier noch eine Publikation von Bonain (14) erwähnt, die einen seltenen Todesfall zum Gegenstand hat. Sein Patient litt an zehnjähriger Ohreiterung und war wegen Mastoiditis operiert. Eine konsekutive Fazialislähmung machte zwei Monate später eine elektrodiagnostische Untersuchung nötig. Es wurde eine partielle Degeneration mit guter Prognose festgestellt. Nach der Untersuchung fühlte sich der Patient unwohl und ging früh zu Bett wegen Kopfschmerzen. Nachts hatte er Erbrechen, am anderen Morgen Fieber von 39^5 C. Puls 80 und vollkommenen Stupor. Nachmittags sank die Temperatur auf 37^5. In der Annahme einer meningealen Blutung ließ man den Patienten ruhig liegen und setzte Blutegel an dem Warzenfortsatz. Am zweiten Tag nahm der Kranke 20 g Schnaps (!), abends stieg die Temperatur auf 38^2, der Puls sank auf 72. Es kamen Aufregungszustände hinzu und Sprachhemmungen. Der Patient bekam noch Chloral und starb um fünf Uhr nachmittags. B. nimmt eine Alteration der Gefäße infolge von Gicht oder von der langen chronischen Eiterung als Grund und einen Aufregungszustand als Ursache an. Sektionsbefund fehlt.

Da die Erkrankungen des inneren Ohres hinsichtlich der Differentialdiagnose fast bei allen forensisch wichtigen Ohraffektionen. in Frage kommen, so seien noch einige Arbeiten erwähnt, die sich mit Labyrintherkrankungen speziell beschäftigen.

15. **Bürkner,** Über die Behandlung der nervösen Ohraffektionen. Deutsche med. Wochenschr. No. 3. 1905.

16. **Ferenczi,** Labyrinthaffektionen im Anschluß an fieberhafte Krankheiten. Ungar. med. Presse. No. 27, 1904.

17. **Gradenigo,** Intorno alla cosidetta „Sindrome di Menière“. Festschrift für Prof. Bozzolo. Turin, 1904.

18. **Bouyer fils,** Sur un cas de syndrome labyrinthique hysterique. Bulletins et memoires de la société Française d'otologie T. XX. 2, S. 196.

Bürkner (15) gibt in einem klinischen Vortrag einen Überblick über die Labyrinthaffektionen. Er beginnt mit der Hyperämie die bei Herz-, Lungen- und Nierenkrankheiten, bei Typhus, Dyphtherie und Scharlach, bei Struma und Gravidität und schließlich bei Intoxikation bzw. Arzneiintoxikationen z. B. durch Tabak, Alkohol, Chinin, Aspirin usw. vorkommt. Die Behandlung sei kausal: heiße Fußbäder, laue Vollbäder, Blutegel, Stuhlregelung. Von der Luftdouche ist abzusehen. Die Anämie des Labyrinths erfordert auch eine kausale roborierende diätetische Behandlung. Tritt sie nach Blutungen im Puerperium auf, so sollen die Frauen eventuell nicht stillen. Die Labyrinthblutungen nach Verletzungen haben bekanntlich eine üble Prognose. Taubheit bleibt meist bestehen, wenn auch Schwindel und Ohrensausen nachlassen. Jodkali und Bromkali wird man versuchsweise geben. Labyrinthentzündungen bekämpft man auch mit wenig Aussicht auf Erfolg durch Eisapplikation, Jodpräparate, etwa 2—4 Tropfen 2 % Pilocarpinlösung subcutan injiziert. Handelt es sich um Syphilis, so ist eine Schmierkur am Platze. Bei Menièreschen Symptomen gibt B. Brom- und Jodkali und verordnet Ruhe und Schutz vor Geräuschen, eventuell Pilocarpin, Salol oder Tinctura nucis vomicae. Wichtig ist die Regelung des Stuhlgangs, daneben eventuell Trink- und Luftkuren aber keine Kaltwasserkuren, keine Dampfbäder. Lufteinblasungen unter geringen Druck sind erlaubt, nicht aber die Politzersche Luftdouche. Das nervöse Ohrensausen, das nicht auf Hyperämie oder Anämie des Labyrinths beruht, verschwindet oft bei Applikation des galvanischen Stromes, ferner auf Massage und Luftverdünnung im Gehörgang. Ein Hochgebirgsaufenthalt in der Höhe von 1000—1500 m wirkt ebenfalls günstig.

Einen eigentümlichen Krankheitsfall, dessen Deutung jedenfalls hypothetisch ist, beschreibt Ferenczi (16). Sein Patient ist seit fünf Monaten taub und leidet an Schwindel und Ohrensausen. Knochen- und Luftleitung für Stimmgabeltöne fehlt. Der Anamnese nach hatte er Menièresche Anfälle. Er ertaubte nämlich sehr plötzlich und hatte drei Wochen hindurch täglich Nasenbluten und Halluzinationen. F. nimmt eine Labyrinthblutung beiderseits an, vielleicht infolge von Salizylmedikation, wahrscheinlicher von Botulismus (?) (Wurstvergiftung). Der Kranke hört Motormaschinengeräusche als subjektive Geräusche, da er Metallarbeiter ist.

Den Menièreschen Symptomenkomplex hat Gradenigo (17) zum Gegenstand einer kurzen monographischen Bearbeitung gemacht, in der er eine Anzahl eigener Beobachtungen mitteilt. Differentialdiagnostisch ist es wichtig, die durch äußere direkte Reize oder indirekte von anderen Teilen des Gehörorgans fortgeleitete Reize verursachten Schwindelanfälle von den Menièreschen Anfällen zu trennen, die sich durch zeitweise auftretenden Schwindel auszeichnen, dem eine konstante greifbare Ursache fehlt. Kontinuierlicher Schwindel, der tagelang dauert, ist dagegen auf schwere Labyrinthläsionen (Trauma, Lues aquisita) zu beziehen. Auf der anderen Seite gibt es permanenten leichten Schwindel bei langsam fortschreitenden Labyrinthaffektionen, der niemals die Form wirklicher Anfälle annimmt. Der Menièresche Schwindel ist also zu definieren als „anfallsweise auftretend und von Hörstörungen konstant begleitet, aber nicht durch eine äußere Ursache hervorgerufen“. G. unterscheidet davon drei Formen: 1. die apoplektische, verursacht durch kleine von Zeit zu Zeit im Labyrinth, den Nervenstämmen und Zentren des Gehör- und Gleichgewichtsorgans auftretende Blutungen; 2. die typische Form, veranlaßt durch Reize, infolge von Mittelohraffektionen, die sich speziell an den Labyrinthfenstern abspielen; 3. die vasomotoriche Form, die bei verschiedenen Krankheiten u. a. auch bei Hysterie vorkommt. Folgende Symptome sind für die einzelnen Formen charakteristisch: Die Herabsetzung der oberen Tongrenze, verbunden mit der Lokalisation der Stimmgabeltöne vom Scheitel nach dem gesunden Ohr und dem Überwiegen der Luftleitung am kranken Ohr findet sich bei der apoplektischen Form. Bei der typischen ist eine Einengung des Hörfeldes an der oberen und unteren Grenze nachweisbar. Auf dem Scheitel abklingende Stimmgabeln werden in beiden Ohren gehört. Die Knochenleitung überwiegt auf dem kranken Ohr gegenüber der Luftleitung. Bei der vasomotorischen Form sind die Gehörstörungen unauffälliger und weniger typisch. Hierzu kommen als generelle Symptome: Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche, Reizbarkeit des Nervensystems, organische und funktionelle Störungen im Gastro-

intestinaltraktus. Die Affektion kann aus einer familiären Disposition hervorgehen. Rezidive kommen nach jahrelangem Stillstand noch vor. Gemütsbewegungen können Anfälle auslösen, gewöhnlich aber lassen sich Ursachen für den einzelnen Anfall nicht nachweisen. Vielleicht kommen stärkere Kaubewegungen und Spaziergänge in der Sonnenhitze bisweilen in Betracht. Bei einigen Fällen ist mehr der Schneckenteil, bei anderen wieder mehr der Bogengangsteil des Labyrinths ergriffen. Hiernach richten sich die Symptome. Gewöhnlich gehen subjektive Geräusche dem Anfall voraus, seltener der Schwindel jenen. Bisweilen ist die Herabsetzung des Hörvermögens gering und erst durch genauere Untersuchung feststellbar, dann wird die Diagnose schwierig, besonders wenn subjektive Geräusche fehlen.

Bouyer (18) erinnert an die hysterischen Mastalgien, die sich mit scheinbaren Hirnsymptomen vergesellschaften, und bespricht einen Fall von hysterischer, halbseitiger Taubheit, die einer Labyrintherkrankung gleicht. Es trat bei einem 22jährigen Mädchen plötzlich Ohrschmerz, Mastalgie und links komplette Taubheit auf. Die Schmerzhaftigkeit der Mastoidgegend war diffus und oberflächlich. Nadelstiche wurden dagegen nicht perzipiert. Der Gehörgang und das Trommelfell behielten ihre Sensibilität. Hemianästhesie für Geschmack und Geruch vervollständigten das Bild, ebenso eine starke Gesichtsfeldeinengung links. Einige Tage nach dem Eintritt der Taubheit kam ein Anfall mit pfeifenden Geräuschen und Fall nach links, Erbrechen. Warme Spülungen brachten Heilung, teilweise auch für die Hörstörung. Letztere verschwand übrigens auch vorübergehend bei der Untersuchung. Es gibt demnach einen auf Hysterie beruhenden Menièreschen Symptomenkomplex, der neben und ohne objektive Ohrerkrankung vorkommt.

Hinsichtlich der Begutachtung von Ohrenkranken dürfte eine Arbeit von Bard interessant sein, wenn sie auch wenigstens vorläufig rein theoretischen Wert hat. Ihr soll eine Beobachtung von Gradenigo angereiht werden. Beide betreffen die Orientierung vermittels des Gehörsinnes.

19. **Bard,** De l'orientation auditive laterale, son rôle et son mécanisme. La semaine médicale Nr. 39. 1904.

20. **Gradenigo,** Sur la fonction du pavillon du l'oreille chez l'homme. Archives internationales du laryngologie etc. T. XVIII. Nr. 4. 1904.

Bard (19) liefert eine im wesentlichen deduktive Arbeit. Jedes kortikale Hörzentrum perzipiert nur die Geräusche, welche von der gegenüberliegenden Seite des Hörfeldes kommen, aber vorher doch beide Ohren treffen, während von vorne kommender Schall auf beiden Hemisphären zur Perzeption gelangt. Die Orientierung durch das Gehör im Raum ist wichtig wegen der Bestimmung der Herkunft von Geräuschen. Es gibt 1. eine seitliche Orientierung in der Medianebene, 2. eine Winkelorientierung im lateralen Hörfeld bezüglich der Lage der Tonquellen zum Kopf, 3. die Distanzschätzung. Da bei einseitig Tauben die seitliche Orientierung nie ganz aufhört, meist nicht einmal stark alteriert ist, so kann man sie nicht aus einer überwiegenden Perzeption des zugewandten Ohres erklären. Während nun die Winkelorientierung von Bonnier studiert ist, blieb für die seitliche Orientierung im Raum, die doch die wichtigere ist, obige alte falsche Hypothese bestehen, und doch ist ihre Kenntnis schon deshalb wertvoll, weil ja ihr Verlust für den Menschen viel gefährlicher wäre, als der einer Orientierung im lateralen Hörfeld. Letztere ist auch normal nie so genau wie erstere. Die Irrtümer hinsichtlich der Orientierung werden bei der seitlichen Orientierung in der Gegend der sagittalen Medianebene häufiger, bei der Winkelorientierung dagegen sind sie in der Mitte der Lateralebene (Transversalebene) häufiger. Letztere sind aber auch die absolut häufigeren. Unwillkürlich orientiert man sich im täglichen Leben zuerst mit der Lateralorientierung und wendet dann erst die Winkelorientierung an. Wichtig ist ferner noch, daß die Beurteilung der Tonstärke schwacher, naher Geräusche am besten in der Gehörgangsachse gelingt, die Analyse und Perzeption von Tonfolgen und Sprachlauten auch bei Blinden am besten, wenn sie von vorn kommen. Die Quantitätsachse steht demnach senkrecht auf der Sagittalebene, die Qualitätsachse senkrecht auf der Verbindungslinie der Ohren, der Transversalebene.

Nun verhält sich ein Ton zu den Ohren folgendermaßen: Infolge der natürlichen Intensitätsabnahme ist die Amplitudenhöhe abnehmend in der Richtung der Fortpflanzung des Tons. Ebenso ist der Druck auf die Moleküle der einzelnen stehenden Wellen in der Fortpflanzungsrichtung des Schalles ein abnehmendes. Daraus folgt, daß die von einer Seite getroffenen Membranen (Trommelfell) eine leichte Verschiebung des Schwingungsfeldes im Sinne der Fortpflanzungsrichtung erfahren. Diese Verschiebung trifft das zugewandte Ohr im positiven, das abgewandte im negativen Sinne. Diese kleine Bewegung wird nun nach B.'s Hypothese als Druckschwankung durch den Stapes auf das Labyrinthfenster übertragen und dort wahrscheinlich von der Macula acustica sacculi aufgenommen (da der utriculus zum Gleichgewichtssystem gehört). Bei Tönen, die von vorne kommen, ist die Einwirkung beiderseits gleichsinnig. Negative Schwankungen werden nun nach B. auf dergleichen Hemisphäre, positive (wie auch der Ton) auf der entgegengesetzten Hemisphäre wahrgenommen. Orientierungsfehler können demnach Symptome zentraler Läsionen sein (jenseits des physiologisch-sensoriellen Chriasmas).

Eine Beobachtung von Gradenigo (20) widerspricht diesen Hypothesen deshalb nicht, weil sie die Winkelorientierung betrifft. Er hat einen Mann untersucht, der bei einer Schlägerei die linke Ohrmuschel verloren hatte bis auf den Tragus und einen kleinen unteren und oberen Teil der Muschel. Die Wunde war ohne Gehörgangsstriktur verheilt, die Hörweite aber etwas herabgesetzt. Mit verbundenen Augen gab der Mann sehr genau den Standort einer Uhr im rechten Hörfeld an, links von der Medianebene des Körpers täuscht er sich aber. Nach einigen Monaten erfolgte jedoch Gewöhnung. Vorher hörte er durch einen Ohrtrichter besser und zwar im Verhältnis von 1,5 : 0,5. Die Ohrmuschel hat also doch mehr Bedeutung als man annahm, da mit Hilfe derselben die Lokalisation von leisen Tönen ermöglicht wird. (Orientierung in der Quantitätsachse nach Bard). Das könnte in Betracht kommen bei der Unfallsbegutachtung wegen Verlust einer Ohrmuschel. — Zwei andere Arbeiten über ein gleiches Thema seien ferner noch erwähnt wegen der Wichtigkeit der Beziehungen zwischen Auge und Ohr und ihrer diagnostischen Verwertbarkeit.

21. **Espenschied,** Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen Karies des Felsenbeins und Neuritis optica. Archiv für Ohrenheilk. B. 63, S. 1.

22. **Tenzer,** Über das Verhalten des Augenhintergrundes bei Erkrankungen des Gehörorgans. Archiv f. Ohrenheilk. B. 63, S. 23.

Espenschied (21) hat bei 74 Fällen von Karies des Felsenbeins am Augenhintergrund untersucht und nur zweimal Stauungspapille (einmal mit retinitischen Erscheinungen) und einmal Neuritis nervorum opticorum gefunden. Ferner bringt er eine Tabelle von 20 Fällen mit Neuritis optica aus der Literatur, die alle zur Sektion kamen. Davon hatten 15 eitrige Gehirnhautentzündung. Er schließt: Die Entwicklung von Stauungspapille ist Folge von entzündlichen Prozessen der Hirnlymphe oder von Hirndruck oder von beiden Faktoren zusammen. Hyperämie der Sehnervenscheiben findet sich bei einer Anzahl von Mittelohreiterungen, die bei konservativer Behandlung heilen. Sie gibt daher noch keine Indikation zum operativen Eingriff.

Ausgebildete Neuritis optica bzw. Stauungspapille aber ist eine solche Indikation und überhaupt ein sehr bedrohliches Symptom. Führt die Hirnerkrankung zum Tod, so handelt es sich meist um eitrige Leptomeningitis, die aber durchaus nicht immer Neuritis optica erzeugt. Letztere kann die Operation überdauern, ja nachher sogar noch zunehmen, ohne daß damit eine Indikation zu einem neuen Eingriff gegeben wäre. Das Sehvermögen ist in diesen Fällen wenig oder gar nicht gestört.

Tenzer (22) hat das Material der Charité aus den letzten zehn Jahren bearbeitet. Bezüglich des Auftretens von Hyperämie und Verwaschensein der Sehnervenscheiben decken sich seine Anschauungen mit denen von Espenschied. Im übrigen hat er ein größeres Material.

Bei Meningitis serosa (7 Fälle) fand er fünfmal Neuritis optica oder Stauungspapille, bei Extraduralabszeß (19 Fälle) nur selten geringe Veränderungen am Augenhintergrund.

Bei Leptomeningitis (31 Fälle) fand er solche elfmal, bei Sinusthrombose (35 Fälle) neunmal, bei 14 Großhirnabszessen siebenmal, bei 12 Kleinhirnabszessen dagegen neunmal.

Er hält Augenhindergrundsveränderungen bei einfachen Ohraffektionen für selten aber bedeutsam. Neuritis optica oder Stauungspapille sind bedenkliche Symptome, lassen aber keine Rückschlüsse zu auf die Art der intrakraniellen Erkrankung. Am häufigsten findet man sie beim Kleinhirnabszeß, dann jeweils seltener bei Großhirnabszeß und Leptominingitis purulenta, bei Extraduralabszeß und am seltensten bei der Sinusthrombose. Ihr Auftreten bedeutet nicht unbedingt eine Wendung zum Bösen, da sie sich ebenso oft in geheilten, wie in nicht geheilten Fällen finden. Sie geben uns weder über die Intensität, noch über Verlauf und Ausgang der endokraniellen Komplikation Aufschluß.

Die folgenden zwei Arbeiten führen uns auf das Gebiet der Lehre von den Vergiftungen und gleichzeitig zu den rhinologischen Mitteilungen.

23. **Delie,** Tabac et audition. Revue hébdomadaire d'otologie etc. Nr. 4. 1905.

24. **Lemaire,** Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale. Thése de Paris 1904.

Delie (23) bespricht die Wirkungen des Nikotins aufs Ohr auf Grund von neun Fällen von Tabakintoxitation, von denen einer mit Bleivergiftung kombiniert ist. Der Tabak ist besonders schädlich für Sklerotiker wegen seiner Wirkung auf die Hörnerven und deren Endigungen im Labyrinth. Zunächst wirkt das Nikotin vasokonstriktorisch, daher die Entstehung einer Trophoneurose, als welche D. allerdings auch die Sklerose auffaßt.

Der Nikotingefäßkrampf betrifft nun mit größerer Intensität die Zirkulation im inneren Ohr, wegen des Mangels an Kollateralen und der Leichtigkeit der Blutstagnation in festen Kanälen. Dazu kommt noch häufig die Arteriosklerose infolge von Tabakmißbrauch. Als Komplikation kann man Menièresche Anfälle beobachten, wenn plötzlich eine Thrombose und Berstung eines kleinen Gefäßes im Labyrinth eintritt. Dies ist bei mehr akuten Intoxikationen der Fall. Die chronische Nikotinvergiftung macht den Eindruck einer nervösen Affektion mit Ohrensausen, Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörungen, als Folgen der Nervenatrophie, analog der Tabakamblyopie, die der Ausdruck einer die papillo-makulären Fasern treffenden Atrophie ist. D. schließt seine Ausführungen mit den folgenden Thesen: Der Tabak übt eine selektive Wirkung auf den Hörnerven aus, daher nervöse Schwerhörigkeit, Nervendegeneration. Das Nikotin erzeugt mittels der Sympathikusreizung Zirkulationsstörungen und begünstigt hierdurch schon bestehende Throphoneurosen. Das Fortschreiten der Affektion ist ein rasches. Dieselbe betrifft beide Ohren und gefährdet das Hörvermögen von zu Sklerose disponierten oder schon von dieser Krankheit befallenen Personen, je jünger sie sind, desto mehr.

Lemaire (24) gibt in seiner Dissertation zunächst an der Hand von allerdings unvollständigen Literaturstudien und eigenen Beobachtungen ein Bild von der akuten Kokainvergiftung durch Applikation des Mittels auf die Nasenschleimhaut, von wo es resorbiert wird. Die Hauptsymptome sind Herzschlagbeschleunigung und Gefäßkrämpfe, daher dann Kälte der Extremitäten, ferner Ohnmachten und Aufregungszustände, bei denen die Pupillen erweitert sind und träge reagieren. In schweren Fällen treten klonische Krämpfe und Lähmungen ein. Die Respirationsverlangsamung bzw. -lähmung führt dann zum Tod. Die Körpertemperatur kann über 40° C. steigen.

Interessanter als diese allgemein bekannten Zufälle und ihre Prophylaxe bzw. Therapie sind die chronischen Vergiftungen von der Nase aus, über die Verf. berichtet. Die Annehmlichkeiten beim gewohnheitsgemäßen Gebrauch des Kokainsprays, nämlich Stimulation, geistige und körperliche Erfrischung und Aktivität, werden verdrängt durch die Vergiftungserscheinungen: Aufregungszustände, Sensibilitätsstörungen, Appetit- und Schlaflosigkeit, daher dann Blässe und Abmagerung. In schlimmeren Fällen kommen Seh- und Hörstörungen vor, auch Halluzinationen, die zu Mord und Selbstmord führen können. Die allgemeine Kachexie schreitet ziemlich rasch fort. In den Krankengeschichten findet man hierüber noch zahlreiche Einzelheiten, z. B. auch eine Bemerkung über die Wirkung des Kokains als Anaphrodisiakum. Die Behandlung besteht in Entziehung des Giftes, die man ganz gut sofort bewerkstelligen kann. Im allgemeinen soll man sich vor zu häufigen und wiederholten Applikationen des Giftes auf die Nasenschleimhaut hüten und jedenfalls den Patienten keinen Spray in die Hand geben in Anbetracht der deletären Wirkungen, in denen der chronische Kokainismus den Morphinismus noch übertrifft. Die Frage, inwieweit die Nebennierenpräparate vor Resorption schützen, und damit der Vergiftung vorbeugen können hat Lemaire leider nicht einmal berührt.

Damit wären wir zur Rhinologie gekommen und haben nun noch eine Reihe von Mitteilungen zu besprechen, die sich mit Fremdkörpern und Verletzungen der Nase beschäftigen.

25. **Mc. Neil,** Dislokation des Nasenknorpels. The Journal of American med. Association Nr. 23, 1904.

26. **Rollet,** Un cas de fracture compliquée de la cloison du nez. Annales méd.-chir. du Centre Nr. 36, 1904.

27. **Moure et Aubaret,** Coup de feu de la face. Fractures multiples du maxillaire supérieur gauche. Perte de l'oeil gauche. Gazette hébdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux. Septembre 1904.

28. **Charles,** Corps étranger du nez. Extraction d'un hameçon fixé dans la partie moyenne du cornet inférieur. Bulletins et memoires de la société Française de l'otologie. T. XX, 2 S. 104.

29. **Cosson,** Corps étranger des fosses nasales ibidem S. 303.

30. **Lermoyez,** Tumeurs nasales à Penghavar. Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXX, Nr. 4.

Mc. Neil (25) gelang es bei einer 30jährigen Frau, die einen Stoß erlitten und daher eine Dislokation des unteren seitlichen Nasenknorpels davongetragen hatte, eine glatte Reposition und Heilung zu erzielen mittels Fixation durch mit Kollodium aneinandergeklebte Heftpflasterstreifen. Rollet (26) sah seinen Patienten erst drei Wochen, nachdem dieser einen Faustschlag auf die Nase erhalten hatte. Abgesehen vom Nasenbluten, den Schmerzen, war eine Abplattung und zunehmende Verlegung der Nase, später eine rechtsseitige Eiterung aufgetreten. R. fand beiderseits Nasenscheidewandabszesse,

öffnete sie mit dem Galvanokanter (warum?), tamponierte und erzielte Heilung.

Moure und Aubaret (27) behandelten eine Frau, die einen Gewehrschuß in die linke Wange, den Sinus maxillaris und die Orbita erhalten hatte. Das Auge ging verloren. Die Kieferhöhle mußte geöffnet werden, und aus ihr wie auch aus der Wange entfernte man Bleistücke. Ihre obere Wand, der Orbitalboden, wurde zum gleichen Zwecke reseziert, dann die nasale Wand mit der unteren Muschel weggenommen. Ausgang: Heilung.

Charles (28) hat eine seltene Nasenverletzung gesehen. Sein Patient, ein elfjähriger Knabe, hatte sich durch Unachtsamkeit, während er ein Stück Brot aß, einen Angelhaken, den er in der gleichen Hand mit dem Brot hielt, in die Nase gestoßen. Extraktionsversuche zum Teil von ärztlicher Seite ohne Nasenspiegel und Reflektor hatten natürlich zur Folge, daß der Haken noch tiefer eindrang und die Nase heftig blutete. Der Haken saß im mittleren Teil der unteren Muschel. Ch. entfernte ihn schließlich in Bromäthylnarkose, wie man eine gebogene Nadel beim Nähen herauszieht. Es folgten keinerlei Komplikationen trotz der Kunstfehler bei den vorherigen Entfernungsversuchen, auf deren Gefährlichkeit Ch. mit Recht hinweist. Cosson (29) entfernte bei einer 46jährigen Frau einen in Kalkhüllen eingelagerten Kieselstein aus der Nase durch Aufklappen der Nasenflügel in Narkose. Der Stein lag wahrscheinlich schon seit der Kinderzeit in der Nase und war 20 g schwer, 5 cm lang, 2 cm breit. Er hatte natürlich die Nase verstopft, eitrigen Ausfluß verursacht und halbseitigen, leichten Stirnkopfschmerz ausgelöst. Die untere Muschel war durch Druck atrophisch geworden. Die Heilung erfolgte per primam.

Lermoyez (30) bespricht in seiner interessanten Arbeit eine bisher unbekannte Nasenaffektion. Ausgehend von der Prophylaxe postoperativer Blutungen aus der Nase, spricht er sich gegen das prinzipielle Weglassen der Tamponade aus mit Rücksicht auf die besonders seit Einführung des Nebennierenextrakts oft noch spät auftretenden Nachblutungen. Auf der anderen Seite ist die exakte Tamponade recht schmerzhaft und auf die Dauer schwer zu ertragen wegen ihrer Nebenwirkungen. Die Penghawarfasern ersparen uns nun die eigentliche Tamponade und damit dem Patienten große Schmerzen und die Unbequemlichkeiten des wiederholten Nasentamponnements. Sie verhüten aber zugleich mit Sicherheit eine Nachblutung, wozu das Einlegen kleiner Quantitäten schon genügt. Nach den Erfahrungen von L. kommt es aber vor, daß sich, hervorgerufen durch den Reiz, den zurückgebliebene Fasern auf die Gewebe ausüben, im Verlaufe von Monaten Tumoren bilden, die von neuem die Nase verlegen. In diesen bindegewebigen, entzündlichen Tumoren findet man dann die erwähnten Fasern. Im Laufe der Zeit gehen diese schwammigen Neubildungen übrigens wieder zurück und hinterlassen ein Narbenknötchen. Sorgfältige Entfernung der ohnehin nur leicht aufgelegten Penghawarfasern bald nach der Operation wird die Entstehung solcher Gebilde verhüten. Ihre gründliche Entfernung mit der kalten Schlinge gelingt leicht.

Die beiden folgenden Arbeiten enthalten Angaben über die Resultate von Rachen- und Gaumenmandeloperationen, deren funktionelle Mißerfolge bekanntlich bisweilen unserer Spezialität zum Vorwurf gemacht werden.

31. **Lermoyez,** Insuffisance nasale fonctionelle et réeducation respiratiore. Annales des maladies de l'oreille. T. XXX, S. 248.

32. **Winckler,** Über die Entfernung der Gaumenmandeln und die Indikationen zu diesem Eingriff. Aus den Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen. Würzburg. Stubers Verlag. 1904.

Lermoyez (31) lenkt die Aufmerksamkeit auf die allerdings seltenen Fälle von Mundatmung bei vollkommen freier Nase, die trotzdem alle Symptome nasaler Obstruktion aufweisen. Bisweilen handelt es sich um Hysterie. Eine Heilung ist möglich und gelang im zweiten seiner Fälle überraschend leicht mittelst Atemübungen. Bei dieser Gelegenheit empfiehlt L. exakte und methodische Atemübungen unter ärztlicher Leitung als Nachbehandlung nach der Operation adenoider Vegetationen. Die normale Nasenatmung stellt sich nämlich nur bei einem Teil der Operierten von selbst ein, und auch da dauert es oft recht lange, daher dann die scheinbaren Mißerfolge nach der Adenotomie. Die erwähnte Nachbehandlung hält auch Referent für absolut nötig bei allen Operationen, die eine gestörte Nasenatmung wiederherstellen sollten.

Winckler (32) stellt den sehr richtigen Satz auf, daß bei Kindern wie bei Erwachsenen eine große Mandel mit glatter, guter Oberfläche unschädlicher ist als eine durch Amputation durchschnittene Tonsille.

Hyperplastische Tonsillen können, wenn sie Beschwerden machen — aber nur dann — mit Erfolg amputiert werden, worauf die Reste meistens veröden. Anders verhält es sich dagegen bei zerklüfteten Mandeln, die schon schwere Anginen durchgemacht haben. Hier bleiben im Stumpf noch Pfröpfe sitzen und die Neigung zu Anginen wird nur wenig oder gar nicht vermindert. Die einfache Amputation beseitigt auch oft die Stimmstörungen nicht, da der mit den Gaumenbögen verwachsene Stumpf eine normale freie Bewegung der Gaumensegelmuskulatur verhindert. Also hierin mag die Furcht der Schauspieler und Sänger vor der Tonsillotomie berechtigt sein. Während nun an den vorspringenden Tonsillen zu viel operiert wird, würdigt man die in den Nischen sitzenden Tonsillen zu wenig. Besonders wichtig sind die nur mit ihrem unteren Pol gegen den Zungengrund vorspringenden Mandeln, die auf den ersten Blick nicht hypertrophisch scheinen, für die Ätiologie des Kehlkopfdrückens beim Sprechen. Kranke, ganz in den Gaumennischen steckende Tonsillen sollten nach Winckler in toto durch Evulsion entfernt werden nach vorheriger Loslösung von den Pilastern. Die Sprache wird dann gut — Rezidive der Anginen sind unmöglich. Nachblutungen kamen unter 500 Operierten zweimal vor.

W. stellt für die Evulsion der Tonsillen folgende Indikationen auf: 1. Verdacht auf Tuberkulose. 2. Tonsillarabszess und Peritonsillitis. 3. Zerklüftete Tonsillen und Neigung zu Angina. 4. Pfropfbildung in der ganzen Tonsille. 5. Harte verwachsene Tonsillen mit Stimmstörung. Dem wäre hinzuzufügen, daß ganz besonders bei obigen Affektionen auftretende Gelenkschmerzen einen energischen Eingriff geradezu zur Pflicht machen. (Ref.)

Den Bericht soll ein Aufsatz von Szenes schließen, der nach Mitteln und Wegen zur Bekämpfung der Kurpfuscherei auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde sucht.

33. **Szenes,** Was wäre gegen den Mißbrauch zu tun, welcher mit den jede Taubheit heilenden Apparaten getrieben wird? Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 63, H. 3 und 4, S. 254.

Szenes ist gegen die Anpreisung eines „thermoelektrischen Ohrenapparats gegen Ohrensausen und Schwerhörigkeit" vorgegangen. Dieser soll angeblich gelockerte Trommelfelle spannen, nützt natürlich nichts, schmerzt und vermehrt das Ohrensausen, schließlich ist er gefährlich, weil er Eiterung hervorrufen kann. Im Kampf gegen solche Schwindelartikel ist relativ wenig zu erreichen. Wegen des Versprechens der Heilung kann man die Schwindler nicht fassen, auch die offenkundige Nutzlosigkeit des Apparats bietet keine Handhabe. Das Annoncieren solcher Artikel in den Tagesblättern ist bekanntlich auch erlaubt. Nur durch Aufklärung und Agitation in den Fachvereinen läßt sich

etwas dagegen tun. So hat auf S'. Betreiben die Gesellschaft der Ärzte in Budapest die Patentierung des in Rede stehenden Apparats zu vereiteln versucht, indem sie S. beauftragte, Protest zu erheben und auch dabei auf die schädliche Wirkung des Apparats hinwies. Der Gegenprotest des betreffenden Kaufmanns behauptete, der von Szenes schon in der Öffentlichkeit demonstierte Apparat sei inzwischen geändert worden. Über seinen Wert oder Unwert könne nicht diskutiert werden, da das auf die Patentierung keinen Einfluß habe. In der Verhandlung wies S. auf die Irreführung und Täuschung des Publikums hin und beantragte ein Gutachten des kgl. ungar. Landessanitätsrats. Von einer industriellen Verwertung sei gar keine Rede, denn der Kaufmann wende sich direkt an die Patienten also: unbefugte Krankenbehandlung, Qnacksalberei!

Das Richterkollegium verweigerte das Patent, weil die kleine Änderung, auf die der Patentsucher sich beruft (Ersatz eines Aluminiumröhrchens durch ein Zinkröhrchen!) keine Erfindung ist, da Zink vom Ohrenschmalz ebensogut angegriffen wird wie Aluminium, und ferner ein elektrischer Strom im Apparat gar nicht erzeugt wird und die Dehnung des Zinks größer ist als die von Aluminium (im Gegensatz zur Annahme des Bewerbers). Demnach sieht die Behörde im eigentlichen Wesen der Erfindungsanmeldung keine Erfindung.

Chirurgie.

Die Narkose und der Narkotiseur.

Zeitgemäße Betrachtungen von H. Wohlgemuth in Berlin.
(Med. Klinik, 1905, No. 20, S. 499.)

Erst sehr allmählich brach sich die Überzeugung Bahn, daß der Erfolg einer Operation durch die Narkose recht sehr beeinflußt werden kann. Wenn auch die vom Verf. eingeführte Sauerstoff-Chloroform-Tropfnarkose die größte Sicherheit bietet, so bleibt doch jede Narkose ein Eingriff, der seine Gefahren hat. Das Mittel, der Patient und der Narkotiseur sind für den Erfolg bestimmend. Daher muß jeder Arzt mit der Technik, mit dem Zustand des Kranken, wie mit den Gefahren der Narkose genau vertraut sein, die Vorbeugung der Gefahren und die Gegenmittel beherrschen und außerdem verstehen, mit möglichst geringen Mengen des Mittels den für den jeweiligen Zweck erforderlichen Grad der Betäubung zu erhalten. Die Ausbildung besonderer Narkotiseure in England und Amerika entspricht diesem Bedürfnis. Auch bei uns ist es nötig, die Studenten in diesem Gegenstande theoretisch wie praktisch zu unterweisen. Ktg.

Äthernarkose und postoperative Entzündungen der Luftwege.

Von H. Pletzer in Bonn.
(Med. Klinik, 1905, No. 20, S. 490.)

Das Auftreten von Pneumonien nach Äthernarkosen fällt nicht dem Äther, sondern der Technik zur Last und beruht auf Aspiration von Mundinhalt, die vermieden werden kann. Die Äthernarkose ist nur durch Nierenkrankheiten, akute Lungenaffektionen und sehr schlechten Allgemeinzustand kontraïndiziert, wie er bei Hernia incarcerata und Ileus vorkommt. Verf. benutzt nur noch die von Witzel ausgebildete Morphium-Äthernarkose mit Tropfenmethode und starker Reklination des Kopfes. Der Äther wird in möglichst geringer Menge verabreicht. Um das zu ermöglichen, geht eine Morphiuminjektion vorauf, deren Dosis nach Alter, Geschlecht, Körperbau und Zustand von 0,01 bis 0,05 wechselt. Ein Arzt — zur Not eine erfahrene Schwester — überwacht die Narkose, Puls und Atmung. Es wird die Esmarchsche Maske benutzt, die genügend Luft hinzutreten läßt. Der Äther fällt in Tropfen aus 30 cm Höhe auf die Maske, welche dem Gesicht des Kranken nur ganz allmählich genähert wird. Langsames Zählen von 200 abwärts zeigt den Eintritt der Wirkung an. Zögert sie, so können 20—30 Tropfen Chloroform Anschuetz eingeschoben werden. Manipulationen mit dem Kranken — der vorher nach allgemeinen Regeln vorbereitet, auch örtlich desinfiziert sein muß — sollen nicht vor Eintritt der Toleranz geschehen. Gegen Ende der Operation soll die Narkose langsam abklingen und mit der Anlegung des Verbandes beendet sein. Verhütung von Erkältungen schützt sehr gegen den Eintritt von Lungenerkrankungen; daher gewärmter Tisch, warme Tücher, vorsichtiger und ärztlich überwachter Transport, warmes Bett. Aspiration von infektiösem Mundinhalt wird durch vorgängige, peinliche Mund- und Zahnsäuberung, sowie durch die Lagerung verhütet. Diese ist zu Anfang wagerecht, der Kopf frei in den Händen eines Assistenten. Während der Narkotisierung wird der Kopf allmählich gesenkt, bis das Gesicht senkrecht zum Boden steht. Auch nachher wird im Bett die wagerechte Lage noch beibehalten; nach dem Erwachen werden Mundspülungen und Atemübungen, 10—20 tiefe Inspirationen halbstündlich durchgeführt. Möglichst bald läßt P. die Patienten aufstehen. Natürlich sind während der Narkose die üblichen Instrumente zum Mundauswischen und Vorziehen der Zunge zur Hand. Daneben Analeptika und physiologische Kochsalzlösung zur subkutanen Infusion. Dies in großen Zügen der Inhalt der Vorschriften. Es wird noch eine Menge schätzenswerter Einzelheiten mitgeteilt, unter denen die leichte Entflammbarkeit des Äthers bei abendlichen Operationen besondere Vorsicht erheischt. Jede Narkose ist eine artifiziell herbeigeführte Vergiftung. Die Verantwortung des Operateurs fordert es, daß, wo irgend möglich, ein eigener Assistent lediglich und dauernd mit ihrer Ausführung betraut bleibt. Die Arbeit ist ein sehr wichtiger Beitrag zu dieser eminent praktischen Angelegenheit. Ktg.

(Aus der chirurg. med. Klinik am Kindleinhaus-Hospital zu Warschau. Prof. Maximow.)

Ein Fall eines Fremdkörpers im Brustfellsacke.

Von W. Richter.
(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 22.)

Nach einer unter dem rechten Schlüsselbein gelegenen, wagerecht verlaufenden Kreissägenverletzung entwickelte sich ein Empyem der rechten Pleurahöhle. Eine 15 Tage nach der Verletzung vorgenommene Operation des Empyems durch Resektion der 9. Rippe in der Schulterblattlinie führte zur Eiterentleerung, jedoch nicht zur Ableitung des Empyems, bis sich nach acht Wochen aus dem Drain ein Fetzen Leinwand von 3—4 cm Breite und 8—9 cm Länge entleerte, welcher einem Loch im Hemd des Patienten entsprach und demnach bei der Verletzung von der Kreissäge in die Pleurahöhle hineingebracht wurde und in acht Wochen endlich bis zur Ausflußöffnung des Empyems gelangte. Seelhorst.

Ein eigenartiger Fremdkörperbefund bei Appendicitis.

Von Dr. Rebentisch-Offenbach a. M
(Dtsch. med. Woch. 1905, No. 16.)

Rebentisch operierte eine 75jährige Frau wegen einer gänseeigroßen entzündeten Geschwulst in der Leistenbeuge. Es fand sich ein Bruchsack, in dem der gangränöse Wurmfortsatz lag; er enthielt jauchigen Eiter und über hundert kleine Fremdkörper. Darunter waren zwei Traubenkerne, zwei andere Pflanzenkerne, sechs Emailsplitter, drei Knochensplitter, ein Holzstückchen, einige kleine Kieselsteinchen, zahlreiche schwärzliche Gallensteintrümmer und eine ganze Anzahl kleine hellbraune, fazettierte Steinchen, die wie Gallensteinchen aussahen. Nach dem mikroskopischen und chemischen Befunde schien es

als ob es vielmehr kleine Darmsteine seien, die sich im Wurmfortsatz gebildet hatten. Aus dem ganzen Verlauf ergab es sich als wahrscheinlich, daß die Fremdkörper schon jahrelang im Wurmfortsatz gelegen hatten. Die Kranke genas.

Lehfeldt.

Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekieles aus der Harnblase; Beitrag zur Kasuistik der Erkrankungen der Cauda equina, resp. des Conus medullaris.

Von v. Kubinyi.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47 1904.)

Die 40jährige Patientin hatte letztere Erkrankung seit ihrem 19ten Jahre. Infolge der gestörten Blasenfunktion katheterisierte sich Patientin mit Gänsekielen, von denen einer in die Blase rutschte. Um denselben hatte sich ein kleineigroßer Blasenstein gebildet, welcher nach Dilatation der Harnröhre entfernt wurde. Die Operation war schmerzlos, da Urethra und Umgebung, sowie die Blasenschleimhaut infolge des spinalen Leidens anästhetisch waren. Schwarze.

Blasenruptur.

Von Dr. Hermes-Berlin.
(D. med. Woch. 1905, No. 18.)

In der Berliner freien Vereinigung der Chirurgen berichtete Hermes über zwei Fälle von Blasenruptur, die er im Krankenhaus Moabit behandelt hat. 1. Ein 31 jähriger Arbeiter stürzt in der Trunkenheit nachts aus dem ein Stockwerk hoch gelegenen Fenster. Er bleibt besinnungslos liegen, kommt aber bald wieder zu sich. Starke Dämpfung in der unteren Hälfte des Abdomen, die bei Lagewechsel in den oben liegenden Partien verschwindet. Der Katheter entleert stark bluthaltigen Harn. Laparotomie, Naht. Tod an Peritonitis. Die Sektion wurde nicht gestattet, und es ist nicht ausgeschlossen, daß neben der Blasenruptur noch andere Verletzungen der Eingeweide bestanden und die Peritonitis hervorgerufen haben. — 2. Ein 35 jähriger Kutscher fällt vom Wagen, und das Rad geht über den Bauch. Symptome wie im vorigen Fall. Operation nach einer Stunde. Die Blasennaht hielt nicht ganz dicht, es entstand am zehnten Tage eine Urinfistel, die sich aber nach sechs Wochen spontan schloß. In diesem Fall erfolgte Heilung, obwohl die Rekonvaleszenz durch die Vereiterung von kolossalen bei dem Unfall entstandenen Hämatomen sehr gestört war.

Lehfeldt.

Gynäkologie.

Zur Kasuistik der Verletzungen der weiblichen äußern Genitalien durch Sturz oder Stoß.

Von Dr. Loers in Berlin.
(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wes. 3. Folge, 30. Band, 1. Heft. [1905. 3. Heft.])

Analyse von 20 Fällen, von denen einer durch Verblutung tödlich endete. Es handelt sich beim Sturz auf die Geschlechtsteile um das Zusammenwirken der äußern Gewalt mit den Knochen des Schambogens. Die Weichteile geraten zwischen diese beiden harten Körper und daraus resultieren Quetschungen und Zerreißungen, die oft erheblich größer sind, als nach der Gewalt des Falles oder Stoßes zu vermuten wäre. Immer sind Hämatombildungen in den großen, Risse in den kleinen Schamlippen dabei. Ebenso oft ist die Schleimhaut am Introitus vaginae und an der Clitoris beteiligt. Selten dagegen das Hymen. Dieses ist durch seine tiefe Lage und Elastizität mehr geschützt und reißt eigentlich nur, wenn ein spitzer oder scharfkantiger Gegenstand es direkt trifft. Die gerichtsärztliche Bedeutung der Verletzungen liegt nach Verf. einmal darin, daß sie den durch erzwungenen Coitus oder unzüchtige Manipulationen zugefügten Beschädigungen ähnlich sind und deshalb den Verdacht auf ein Sittlichkeitsverbrechen erwecken können. Andererseits können aus der Verletzung Schadenersatzansprüche hergeleitet werden, wenn indirekt die Schuld eines andern in Frage kommt. Endlich dürfte die verletzte Person, wenn es sich um eine Virgo und Zerstörung des Hymen handelt, ein Interesse an der Feststellung haben, daß die Beschädigung durch einen Unfall herbeigeführt ist. Ktg.

Drei in einem kurzen Zeitraum hinter einander in foro verhandelte Fälle von Puerperalfieber.

Von San.-Rat Dr. Kob in Stolp i. P.
(Vierteljschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. 30. Band, 1. Heft. [1905. 3. Heft.])

Es sind die gerichtlichen Obduktionsprotokolle von drei Frauen, die in den ersten Wochen nach der Entbindung an Puerperalfieber gestorben waren. In allen Fällen hatte manuelle Hilfe — und Berührung — durch Hebammen beim Geburtsakt stattgefunden, und die Infektion war mit großer Sicherheit hierauf zu beziehen. Ein pathologisch anatomischer Beweis lies sich aber ebensowenig erbringen, wie den Hebammen Kunstfehler oder Vernachlässigung der vorgeschriebenen Desinfektionsmaßnahmen zum Vorwurf gemacht werden konnten. Also trat auch keine Verfolgung ein. — Bei aller Strenge der Aufsichtsbehörden und emsigster Erfüllung der Anzeigepflicht bleibt die gerichtliche Sühne aus, wenn der Sachverständige seine Ermittelungen nicht über Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten hinauszuführen imstande ist. Doch glaube ich nicht, daß die Aufgabe bald gelöst werden wird, die Verfasser der Wissenschaft stellt: nachzuweisen, „daß eine verdächtige Person an Händen und Kleidern mit dem Bazillus behaftet gewesen sei, der einer Wöchnerin den Tod gebracht hat“. Ktg.

Moderne Bestrebungen der Prophylaxe des Puerperalfiebers.

Von Sigwart.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41 1904.)

Die Prophylaxe der Wochenbettsmorbidität an der Gießener Entbindungsanstalt.

Von Krömer.
(Ebenda Nr. 45 1904.)

S. wendet sich kritisch erstens gegen die Maßnahme Zweifels, eine halbe bis eine Stunde nach der Entbindung mittels trockener Tupfer an den gummibehandschuhten Fingern die Blutcoagula aus der Scheide zu entfernen, zweitens gegen Krömers Methode, jede Schwangere durch tägliche Sublimat-Scheidenspülungen bis zur Entbindung zu behandeln.

Er will an der Statistik von $1^1/_2$ Jahren aus der Hallenser Klinik nachweisen, daß die subjektive Desinfektion nach wie vor die Morbiditätsstatistik beherrscht. Danach hat das häufige Untersuchen auf dem Kreißsaal während des Semesters durch die Studenten die Morbidität nicht gesteigert, wohl aber zeigten die Hausschwangeren eine hohe Morbidität im Semester. In den Untersuchungskursen an den Schwangeren glaubt Sigwart, die Desinfektion der Studenten nicht so genau überwachen zu können.

Krömer glaubt sich großenteils falsch verstanden durch Sigwart und belegt die Verbesserung seiner Resultate bezüglich der Hausschwangeren statistisch. Schwarze.

Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.

Von B. Credé.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6 1905.)

Verf. empfiehlt jeder Entbundenen — ehe eine Infektion eingetreten ist — eine Collargol-Vaginalkugel eventuell bis in die Cervix einzuschieben. Das Mittel löst sich langsam und soll

in alle Risse und Spalten eindringen. Bei schon erfolgter Infektion spült er mit 1 : 5000 Collargol aus, macht Collargolklysmen oder eine Collargol-Schmierkur. Schwarze.

Über Uterusruptur.

Von Valenta.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9 1905.)

Die Verhältnisse, die Verfasser bespricht, betreffen seine Heimat. Er hatte unter 1350 Gebärenden 14 vollständige Uterusrupturen (= 1,02 %) und verlangt dringend Besserung des Hebammenwesens. Von diesen 14 Fällen genasen drei; sämtliche sechs nicht operierte starben. Schwarze.

Gefährliche Blutung aus den Harnwegen während der Schwangerschaft.

Von v. Kubinyi.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48 1904.)

Es handelte sich um Blutung aus einer Varix oberhalb des Harnblasenwulstes bei einer Frau, welche im zehnten Schwangerschaftsmonat stand. Schwarze.

Zur Frage der Wahrnehmung von Herztönen vor der Mitte der Schwangerschaft.

Von Otto v. Herff.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5 1905.)

H. glaubt, daß das Hören von Herztönen vor der 18. Schwangerschaftswoche ein so seltenes Ereignis ist, daß es keine praktische Bedeutung hat. Außer seinen sonstigen Beobachtungen teilt er einen Fall mit, in welchem sein Assistent bei einem frisch lebend geborenen, 22 cm langen Kinde und sehr kräftiger Herzaktion Herztöne durch direktes Behorchen des Herzens nicht gehört hat, selbst nicht nach Eröffnung des Herzbeutels. Schwarze.

Über den Nachweis des Kindes in der Gebärmutter mittels Röntgenstrahlen.

Von Albers-Schönberg.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49 1905.)

Dem Verfasser ist jetzt der Nachweis des Kindes im Uterus im 8. Schwangerschaftsmonat gelungen. Er glaubt, daß der Nachweis in den vorgerückten Monaten immer gelingen müsse, und daß auch die Diagnose der Zwillingsschwangerschaft möglich sein werde. Ebenso meint er, werde man vorgeschrittene Extrauterinschwangerschaft erkennen können. Lithopaedion ist bereits erkannt worden. Schwarze.

Fall von Tetania gravidarum.

Von Dr. Karl Schmidlechner.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4 1905.)

Nach S. sind nur 22 Fälle dieser Erkrankung während der Schwangerschaft beobachtet. Sein Fall wurde im 7. Monat bei einer elenden IX para mit einem Bubo und Decubitus beobachtet und kam schon nach 7 Tagen zur Frühgeburt. Die Anfälle hörten nach der spontanen Geburt nicht auf, vielmehr verschlimmerte sich der Zustand durch den letzten Anfall erheblich. Sie starb am 5. Wochenbettstage am Marasmus, der aber nicht Folge der Tetania war. Die Sektion (ohne Rückenmark) ergab nichts Charakteristisches. Schwarze.

Tod intra partum durch innere Verblutung infolge Ruptur eines Mesenterialgefäßes (Venenruptur in der Gegend des Mesocolon).

Von Jacoby.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48 1904.)

Der obige, äußerst seltene Vorfall betraf eine II para im siebenten Monat, bei der keinerlei traumatische oder innere organische Ursachen gefunden wurden. Verf. hat in der Literatur nur einen ähnlichen Fall gefunden (Holowko, Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 21), in welchem die Verblutung aus peritonitischen Adhäsionen des Colon ascendens und transversum erfolgt war. Schwarze.

Schwierigkeiten bei der forensischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen

von Professor Otto Küstner-Breslau.
(Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 23.)

Verfasser weist auf die Notwendigkeit hin, im Hebammenunterricht und in den Hebammenlehrbüchern auf die pathologischen anatomischen Verhältnisse der Placenta und der Eihäute näher einzugehen. Namentlich sind die bei einer Nebenplacenta vorliegenden Verhältnisse, die bisher wenig oder garnicht berührt werden, einer eingehenden Erklärung bedürftig. Es müßte den Hebammen bekannt sein, daß die Nebenplacenta mit der Hauptplacenta stets durch mindestens zwei große Gefäße, eine Arterie und eine Vene, verbunden ist, daß man mithin von den klaffenden Lumina dieser Gefäße an der Placenta auf das Vorhandensein einer in Utero zurückgebliebenen Nebenplacenta schliessen kann. In den meisten Fällen, in welchen das Zurückbleiben von Nachgeburtsresten eine forensische Rolle spielt, handelt es sich um puerperale Sepsis. War die Hebamme allein bei der Geburt, zog sie keinen Arzt zur Betrachtung der Nachgeburt hinzu, so handelt sie unter Umständen fahrläßig, denn § 220 des preußischen Hebammenlehrbuches sagt: „Die geborene Nachgeburt wird genau untersucht. . . Fehlt ein Stück Mutterkuchen oder ein großer Abschnitt der Eihäute, so ist ein Arzt zu benachrichtigen und die Nachgeburt bis zu seiner Ankunft aufzubewahren.“ Nur bei genauer Kenntnis der einschlägigen anatomischen Verhältnisse ist die Hebamme fähig, korrekt zu handeln. B.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsversicherungsamt.

Die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhanges genügt allein nicht zur Begründung eines Rentenanspruches.

Der Anspruch des Bergmanns Anton L., welcher am 5. Juli 1901 auf der Zeche Unser Fritz I eine Quetschung des Steißbeines erlitt, wurde vom Sektionsvorstande abgelehnt, weil nach ärztlichem Gutachten L. infolge des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit nicht beschränkt sei. Die Beschwerden, über die der Verletzte klage, seien keine Folgen des Unfalles, sondern wären auf eine Entzündung des rechten Hüftgelenkes zurückzuführen, die mit der Verletzung in keinem Zusammenhange stehe. Die hiergegen eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses wurden vom Reichsversicherungsamt aus folgenden Gründen zurückgewiesen:

Der Geheime Sanitätsrat Professor Dr. B. ist allerdings im Gegensatz zu den Sachverständigen Dr. K. und Medizinalrat Dr. L. der Ansicht, daß die tuberkulöse Hüftgelenksentzündung des Klägers in dem Unfalle vom 5. Juli 1901 ihre Ursache habe. Diese Ansicht erleidet aber durch die Tatsache eine wesentliche Erschütterung, daß der Kläger nach der Auskunft der Gewerkschaft vom 5. Oktober 1901 bis 16. September 1902 regelmäßig gearbeitet und während dieser Zeit für jede Schicht 4 M. verdient hat. Dieser Lohn steht dem von dem Kläger vor dem Unfalle verdienten durchschnittlichen Lohn von 4,09 M. nur um ein geringes nach und läßt erkennen, daß der Kläger in der fraglichen Zeit völlig arbeits- und erwerbsfähig gewesen sein muß und daß somit die Verbindung zwischen dem Unfall und dem Ausbruch der Hüftgelenksentzündung fehlt, die der Professor B. auf Grund der eigenen Mitteilungen des Klägers annehmen zu sollen geglaubt hat.

Das Reichsversicherungsamt hat daher Bedenken getragen, sich dem Gutachten dieses Sachverständigen anzuschließen und hat deshalb noch das Obergutachten der Bonner Universitätsklinik eingeholt. In diesem Gutachten aber wird ausgeführt, daß der streitige ursächliche Zusammenhang zwar im Bereiche der Möglichkeit liegt, aber nicht mit einem höheren Grad von Wahrscheinlichkeit bejaht werden könne. Der Obergutachter betont, daß tuberkulöse Leiden sich in der Mehrzahl ohne eine vorangegangene Verletzung entwickeln, und daß sie im Falle einer Verletzung regelmäßig an der getroffenen Körperstelle und innerhalb eines nach Wochen oder Monaten zu bemessenden nicht zu langen Zeitraums in die Erscheinung treten. Mit Recht weist der Sachverständige darauf hin, daß die Hüftgelenksgegend selbst bei dem Unfalle nicht getroffen worden ist, daß höchstens eine, und zwar nicht schwere Erschütterung des ganzen Körpers, von der allerdings auch die Hüftgelenke betroffen worden sein dürften, stattgefunden haben hönne, und daß wesentlichere Beschwerden erst 8 bis 10 Monate nach dem Unfall sich eingestellt hätten. Diesen überzeugenden Ausführungen ist das Reichsversicherungsamt gefolgt. Die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhanges, die hiernach vorliegt, genügt allein noch nicht zur Begründung eines Rentenanspruches. (Compaß.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Siefert, Dr. G. Kritische Bemerkungen über mechanische und operative Therapie. Gräfes Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Der bekannte Bekämpfer des Kurpfuschertums fällt eine vernichtende Kritik über die Thure Brandtschen Methoden zugunsten der wissenschaftlichen, speziell der operativen.

Schwarze.

Zangemeister, Priv.-Doz., Dr. Über Eklampsieforschung. Gräfes zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Verf. hält alle bisherigen Hypothesen über die Ursache der Eklampsie für anfechtbar. Auf Grund eigener Untersuchungen, auf die in dieser Habilitationsvorlesung nicht eingegangen wird, glaubt er, einen im Eklampsie-Organismus zustande kommenden, auf zahlreiche Organe verbreiteten Gefäßkrampf annehmen zu müssen. Schwarze.

Vogel, Dr. G. Die Blutungen bei Frauenleiden. Bei Enke 1904. M. 2.—.

Verf. liefert eine Gesamtbesprechung dieses Symptoms mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ursachen und ihrer Behandlung nach dem heutigen Stande der Wissenschaft. Alle Encheiresen der Behandlung werden genau geschildert. Auch vom ätiologischen Gesichtspunkt ist die Zusammenstellung eine außerordentlich fleißige und vollständige. Schwarze.

Schäffer, Priv.-Doz., Dr. Oscar. Ursachen und Verhütung von Frauenkrankheiten. 1904. Stuttgart, bei Moritz. M. 1.50.

Verfassers Absicht ist, die moderne Frau aufzuklären, damit sie weiß, woher ihre Frauenleiden kommen und wie sie zu vermeiden sind. Ob zu dieser Aufklärung eine so detaillierte Beschreibung der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Geschlechtsorgane nötig ist, darüber kann man sehr verschiedener Ansicht sein! Wenn ein Mediziner zum Staatsexamen die Kenntnisse entwickelt, die in diesem Büchlein enthalten sind, wird er mit Ehren bestehen! Sehr zahlreiche gute Abbildungen erleichtern das Verständnis allerdings sehr, können aber auch unnütze Angst verbreiten. Die Darstellung ist gewandt und das Recht des Arztes überall gewahrt. Schwarze.

Knapp, Prof. Dr. Der Scheintod des Neugeborenen. II. Klin. Teil. Wien, bei Braumüller. 1904.

Der erste Teil dieses Werkes ist bereits vor sechs Jahren erschienen, und es ist zu entschuldigen, daß der zweite Teil erst jetzt folgt, denn es liegt eine erstaunliche Gründlichkeit und Vollständigkeit des Themas bis zur vollständigen Erschöpfung desselben vor. Die Literaturverzeichnisse zu jedem einzelnen Kapitel gehen in die Hunderte von Nummern, nicht viel weniger die wichtigen Einzelbeobachtungen! Es ist unmöglich, in einem Referat Einzelheiten der Arbeit zu bringen; man würde ihr nur Abbruch dadurch tun! Das Werk zerfällt in folgende Kapitel: Begriff, Physiologie, Pathologie, Ätiologie, Statistik, Diagnose und Symptomatologie des Scheintodes. Unmittelbare und spätere Folgen, Prognose, Prophylaxe und Behandlung.

Bezüglich der letzteren sei erwähnt, daß Verf. unbedingter Anhänger der Schultzeschen Schwingungen ist. Er verlangt, daß dieselben auch von den Hebammen angewendet werden, und meint, daß man denselben sehr wohl die richtige Ausführung beibringen kann. An letzterer liege aber alles, und die üblen Folgen der Methode seien nur durch falsche Ausführung bedingt. Er bringt dieselbe deshalb in detaillierter Beschreibung.

Schwarze.

Beck, Feodor. Ätiologie und Therapie des Cephalhaematoma neonatorum. Gräfes zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Verf. berechnet auf 185 Geburten ein C. Es ist um so seltener, je häufiger die Mutter geboren hat. Begünstigend wirken geringe Beckenverengungen, fehlerhafte Lagen und Haltungen der Frucht, frühzeitiger Blasensprung, große Kopfmaße der Frucht (daher mehr bei Knaben). Kinder mit C. waren in der Geburt oft gefährdet, sie zeigen öfter Knochendefekte am Schädel. Der Sitz ist überwiegend häufig in dem vom Muttermunde umschlossenen Teile des Kopfes. Caput succedaneum ist in 50 % gleichzeitig vorhanden. Am frühesten wurde C. konstatiert bei einem dreimarkstückgroßen Muttermunde, am spätesten am siebenten Tage. Bei größeren Geschwülsten rät Verf. zur operativen Öffnung, zumal die Resorption unter Umständen Monate dauert. Schwarze.

Winter, Prof. Dr. Ursachen und Behandlung der Prolapse. Gräfes zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Verf. unterscheidet bekanntlich 1. den primären descensus und prolapsus uteri bei normal straffer Scheide, 2. den prolaps, der unten an der Scheide beginnt. Die Blase ist für ihn das ursächliche Moment, das den Zug ausübt. Er bespricht dann die Operationsmethoden kritisch, was im Original nachzulesen ist.

Wichtig für den Sachverständigen ist die Besprechung, die das Leiden in der Unfallgesetzgebung einnimmt. W. erkennt die Möglichkeit eines Prolapses durch Trauma bei einer Nullipara an; unter Frauen, die geboren haben, kennt er keinen Fall, in dem das Trauma die einzige Ursache gewesen ist. Er will den Frauen eine Unfallrente zubilligen, welche nachweislich vor dem Unfall ohne Beschwerden waren (!). An Prolaps gut operierte Frauen hält er für voll oder wenigstens dreiviertel erwerbsfähig. Schwarze.

Grotjahn, A., und **Kriegel,** F., Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie. 4. Band. Bericht für das Jahr 1904. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1905.

Der vorliegende vierte Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und Demographie gibt in übersichtlicher Darstellung eine zusammenfassende Berichterstattung über die wichtigsten Erscheinungen auf dem in Rede stehenden Gebiet.

Die Einteilung ist dieselbe geblieben wie in den früheren Berichten. Über den Rahmen der früheren Jahresberichte hinausgehend, haben aus dem Gebiet der sozialen Medizin alle Daten und Veröffentlichungen, soweit sie nicht rein kasuistischer Natur sind, Berücksichtigung gefunden, und zwar die Krankenversicherung unter Abschnitt III (Morbidität, Prophylaxe und Krankenfürsorge) und die Unfall- und Invalidenversicherung unter Abschnitt IV „Soziale Hygiene der Arbeit".

Wie die vorangegangenen kann auch der vorliegende Jahresbericht allen Beteiligten, insbesondere Ärzten, Hygienikern, Sozialpolitikern und Verwaltungsbeamten aufs wärmste empfohlen werden. E. R.

Tagesgeschichte.

Beschäftigungskuren.

Zu diesem Thema macht Leicht in der Arbeiterversorgung kritische und anregende Bemerkungen.

Nach der vom Reichsversicherungsamt herausgegebenen Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung sind es trotz der erfreulichen Fortschritte, die die Heilerfolge von Jahr zu Jahr gemacht haben, immer noch nahezu 30 % der mit Erfolg Behandelten, bei denen nach Ablauf von vier Jahren die Krankheit bereits zur Invalidität oder zum Tode geführt hat.

Daß die Erfolge das bis jetzt Erreichte nicht übersteigen, wird, wie die Berichte der Heilanstaltsleiter erkennen lassen, zu einem Teil auf den Umstand zurückgeführt, daß die Versicherten nach Abschluß der Behandlung unvermittelt wieder die volle Berufsarbeit aufnehmen und in der Mehrzahl der Fälle alle damit verbundenen Schädigungen über sich ergehen lassen müssen.

Es ist deshalb wiederholt verlangt worden, daß zwischen die Behandlung in der Heilanstalt und die Aufnahme der Berufsgeschäfte eine Zwischenzeit eingeschoben werde, in der der Entlassene sich zunächst an die Arbeit gewöhnen, seine Kräfte stählen und sich wieder für die volle Berufsarbeit körperlich geeignet machen kann. An erster Stelle wurde zu diesem Zweck eine durch mehrere Wochen fortgesetzte Beschäftigung in der Landwirtschaft in Vorschlag gebracht. Einen umfassenden Versuch zur Durchführung einer derartigen Beschäftigungskur machte die Versicherungsanstalt Hannover durch Einrichtung der Heilstätte Stübeckshorn. In dieser sollte den aus den Heilanstalten Entlassenen ein weiterer Aufenthalt mit der Bestimmung gewährt werden, daß sie ihren Kräften angemessene Arbeiten im Landwirtschaftsbetrieb vorzunehmen hätten. Von der Gesamtzahl der Verpflegten gehörten dieser Kategorie 56 %, also etwas über die Hälfte, an. Diese bildeten gerade das unruhige und anspruchsvolle Element in Stübeckshorn; die meisten Klagen wurden von ihnen erhoben. Diese Klagen finden ihre Begründung darin, daß sie an die Überernährung in der Heilanstalt gewöhnt, den Abstand dagegen unangenehm empfanden und daß ihnen das Verständnis dafür fehlte, daß man von ihnen eine Arbeitsleistung verlangte, während gleichzeitig die Ernährung eine Einschränkung erfuhr.

Sucht man den Gründen nachzugehen, die die Erzielung eines vollen Erfolges in Stübeckshorn beeinträchtigten, so drängen sich folgende Erwägungen auf. Der in der Heilanstalt Verpflegte hat in der Regel mit einem Rückgang der wirtschaftlichen Verhältnisse zu rechnen. Gerade die tüchtigsten und energischsten Pfleglinge, deren Kraftgefühl inzwischen erheblich zugenommen hat, werden unter Unterschätzung der noch bestehenden Krankheitssymptome nach Hause drängen und sich bemühen, möglichst bald die Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, um die erlittenen Verluste wieder einzubringen. In der neuen Anstalt aber bedürfen sie zunächst einer gewissen Zeit der Eingewöhnung. Natürlich ist es, daß ihnen zuerst alles das auffällt, was weniger günstig als in der früheren Anstalt ist. Zweifelhaft erscheint es auch, ob der Landwirtschaftsbetrieb an sich für eine Beschäftigungskur besonders geeignet ist. Die hierfür erforderliche Übung bringt namentlich der städtische Arbeiter nicht mit und kann sie auch in der kurzen Zeit seines Aufenthalts nicht erwerben. Außerdem sieht der für wenige Wochen in einen Landwirtschaftsbetrieb Eintretende nichts von dem Erfolge seiner Arbeit. Er erntet, was andere gesät haben, ebenso wie andere erst die Früchte seiner Tätigkeit zu Gesicht bekommen. Soll aber die Beschäftigung ihre heilsame Wirkung in vollem Umfange ausüben, so wird zu erstreben sein, daß der Pflegling vom Erfolge seiner Arbeit noch möglichst viel selbst sieht. Jeder in eine Heilanstalt Eintretende sollte darüber unterrichtet werden, daß er im Verlaufe der Kur eine bestimmte Arbeitsleistung zu liefern haben wird, die als Kurmittel unerläßlich ist. Eventuell könnte eine etwa gewünschte Wiederholung der Kur davon abhängig gemacht werden, daß der Pflegling auch diesen Teil der Behandlung durchführt.

Für die Beschäftigungskur dürfte anstatt der Landwirtschaft die Gärtnerei zu wählen sein, die es gestattet, während des größten Teils des Jahres eine große Anzahl Personen auf beschränkter Fläche angemessen zu beschäftigen. Auch eine mäßige Vergütung könnte man vielleicht in Erwägung ziehen. Die Gewöhnung an die Gartenarbeit dürfte außerdem später noch Vorteile bieten, wenn sie in der Familie verwertet wird. B.

Schlechte Wohnverhältnisse von Versicherten.

Mitteilungen in der Presse über schlechte Wohnverhältnisse von Versicherten in Breslau haben den Polizeipräsidenten in Breslau veranlaßt, die Ärzte um ihre Beteiligung bei der Bekämpfung der Wohnungsmißstände anzugehen. Er hat an den Breslauer Ärzteverein ein Schreiben gerichtet, worin es heißt:

Wenn auch die Wohnungshygiene in erster Linie zu den Dienstobliegenheiten der Kreisärzte gehört, so sind doch die letzteren bei den eigenartigen Verhältnissen der Großstadt und der ganz erheblichen Zahl der hiesigen Wohnungen allein nicht in der Lage, gerade diejenigen Wohnungen immer herauszufinden, die solche gesundheitswidrige Zustände aufweisen, daß deren Beseitigung nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften durch das Polizeipräsidium notwendig ist. Dazu kommt, daß auch die mir unterstellten Exekutivbeamten mit anderen Dienstverrichtungen überhäuft und mangels der erforderlichen medizinisch-technischen Vorbildung nicht immer zur Erstattung einer einwandsfreien Anzeige befähigt sind. Unter diesen Umständen ist die Polizeibehörde im Interesse der wirksamen Bekämpfung der auf dem Gebiete des Wohnungswesens tatsächlich herrschenden Mißstände auf die Mitwirkung solcher Vereine anzuweisen, deren Mitglieder infolge ihres Berufes von den sozialen und Wohnungsverhältnissen oft und genaue Kenntnisse erlangen. Den Vorstand des Vereins Breslauer Ärzte beehre ich mich deshalb zu ersuchen, auf die Mitglieder, sei es persönlich oder durch entsprechende Bekanntmachungen in der „Schlesischen Ärzte-Korrespondenz", dahin einwirken zu wollen, daß mir bzw. dem zuständigen Kreisarzt von allen denjenigen Fällen Mitteilung zugeht, in denen nach den Wahrnehmungen der Herren Vereinsmitglieder der

Stand der Wohnungen oder sonstigen Verhältnisse zu ernsten, sanitären Bedenken Veranlassung bietet, damit ich den Übelständen rechtzeitig abhelfen kann. Durch derartige Anregungen würden mich die Herren Ärzte zu besonderem Dank verbinden.

Die Vossische Zeitung schreibt hierzu: Das Vorgehen des Breslauer Polizeipräsidenten ist zu loben. Der Weg, den er vorschlägt, Schäden des Wohnungswesens bei Kassenkranken ausfindig zu machen, ist durchaus praktisch. Sein Schreiben an den Ärzteverein verdient aber noch aus einem andern Grunde beachtet zu werden. Es geht daraus hervor, daß nach der Überzeugung des Chefs der Breslauer Polizei die jetzige Ordnung der Wohnungsaufsicht unzulänglich ist. Die beiden Stellen, denen von Staats wegen die Wohnungsaufsicht obliegt, die Kreisärzte und die Exekutivbeamten der Polizei sind, wie der Polizeipräsident ausdrücklich feststellt, außer stande, in der Wohnungsaufsicht das Erforderliche zu leisten. Das Breslauer Schreiben ist ein neues Beweisstück dafür, daß eine durchgreifende Ordnung der Wohnungsaufsicht unerläßlich ist. Bei diesen wird man den Ärzten die ihnen zukommende Stellung geben müssen.

Reichsgesetz über die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden.

Die Vorarbeiten für ein Reichsgesetz über die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden beschäftigen das Reichsamt des Innern und haben jetzt zur Vorlegung eines Fragebogens an die deutschen Bundesregierungen geführt, der zwölf Punkte umfaßt. Folgende Fragen sind unter anderem aufgestellt: Einmal, ob das Bedürfnis für die allgemeine Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Hausgewerbetreibenden allgemein ist und im Falle der Verneinung der Allgemeinheit, in welchen Zweigen des Hausgewerbes sie dringlich ist. Eine weitere Frage behandelt die durchschnittlichen Einkommensverhältnisse der Hausgewerbetreibenden nach den einzelnen Bezirken und nach den einzelnen hausgewerblichen Berufszweigen. Ferner ist die Frage aufgestellt worden, ob die Hausarbeit in vielen Fällen nur eine periodische ist und ob die Hausgewerbetreibenden in der Mehrzahl ständige, das ganze Jahr tätige Arbeiter sind, oder ob sie mit Unterbrechungen arbeiten und noch anderweitige Nebenbeschäftigungen haben. Weiterhin wird gefragt, ob Unternehmer und Hausgewerbetreibende in der Lage sind, die Lasten der Krankenversicherung zu tragen, und ob für die einzelnen Zweige der Hausindustrie ernstliche Gefahr besteht, daß die Unternehmer bei Belastung durch die Krankenversicherung die Beschäftigung der Hausgewerbetreibenden einschränken oder ganz aufgeben würden. Diese Frage erscheint besonders berechtigt, denn die Industrien, die Hausarbeiten beschäftigen, sind auf die Zahlung besonders karger Löhne angewiesen, weil sie sonst die Konkurrenzfähigkeit verlieren. Die Hausarbeit hat die Tendenz, die billigsten Arbeitskräfte heranzuziehen, besonders Kinder, deren Tätigkeit gleichsam als Zugabe für die entlohnte Arbeit der erwachsenen Hausarbeiter verlangt wird. Es scheint daher berechtigt zu fragen, ob die Unternehmer eine weitere Belastung ertragen können und nicht durch die Erschwerungen zur Aufgabe oder Einschränkung des Betriebes gezwungen werden. Weiterhin wird die Frage gestellt, ob es tunlich ist, den Eintritt der Versicherungspflicht von einer Untergrenze des Einkommens abhängig zu machen, eine Frage, deren Bejahung gerade die am kärglichsten entlohnten Hausarbeiter von der Wohltat der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen müßte. Weiterhin wird gefragt, ob es durchführbar und wünschenswert erscheint, sämtliche mitarbeitenden Familienmitglieder der Hausgewerbetreibenden der Versicherung zu unterwerfen. (Med. Klinik.)

Augenarzt oder Optiker?

In einem Aufsatz in No. 31 der Med. Klinik weist P. Greven auf den Übelstand hin, daß Patienten sich häufig ohne weiteres an einen Optiker behufs Auswahl einer Brille wenden oder sogar von ihrem Arzt einfach an einen solchen verwiesen werden. Besonders in neuester Zeit, wo fast in jeder größeren Stadt sich „Institute für kostenlose Augenuntersuchungen etc." etablieren, erwächst den Ärzten die Pflicht, ihre Patienten vor dieser Art von Kurpfuscherei zu warnen und sie zu einer sachverständigen Untersuchung der Augen zu veranlassen. Es dürfte den Ruf eines Arztes nicht schädigen, wenn er schlechtsehende Patienten an einen Augenarzt verweist. Verfasser führt als Beleg für die Häufigkeit falscher Brillenbestimmungen die Tatsache an, daß in der Aachener Augenheilanstalt in den Jahren 1903 und 1904 von 114 kontrollierten Augengläsern nicht weniger als 31 falsch bestimmt waren, d. h. rund 27 %. Verfasser hebt unter diesen Fällen namentlich zwei hervor, in denen Patienten im „Institut für kostenlose Augenuntersuchungen zwecks Anpassung richtiger Brillengläser" für unzweckmäßige Brillengläser je 8 Mark bezahlen mußten. Ferner erwähnt Verfasser den Fall eines an Sehnervenatrophie leidenden Arbeiters, bei dem infolge unterbliebener rechtzeitiger Untersuchung und entsprechender Behandlung vorzeitige Invalidität eingetreten ist. Endlich weist Verfasser nach, daß die „Perphagläser", für die seitens der Firma eine außerordentliche Reklame inszeniert wird, vor den übrigen periskopischen Gläsern keinerlei Vorzüge haben.

Tod infolge Tollwut.

Der Arzt Dr. F. in H., der vor einer Reihe von Wochen von einem tollwütigen Hunde gebissen worden war, ist, trotzdem er sich im Berliner Institut für Infektionskrankheiten hatte behandeln lassen und von dort als geheilt entlassen worden war, unter den Symptomen der Tollwut plötzlich gestorben. Die Wunde wurde s. Z. vorsichtig verbunden, und schon am nächsten Tage reiste Dr. F. nach Berlin, von wo er nach 21maliger Schutzimpfung als geheilt entlassen wurde. Dr. F. glaubte nicht recht an eine vollständige Heilung, und wirklich beobachtete er etwa 10 Wochen nach dem Biß an sich die Symptome der ihm bevorstehenden schrecklichen Krankheit und traf alle nötigen Maßregeln. Schon vier Tage später starb der bedauernswerte Kollege. (Allg. Med. Zentr. Ztg.)

Internationale kriminalistische Vereinigung.

Vom 10. bis 14. September d. J. wird die internationale kriminalistische Vereinigung in Hamburg zusammentreten. Die Tagesordnung der Versammlung betrifft folgende Fragen von Bedeutung: „Wie kann für bestimmte Kategorien von Rückfälligen der Begriff der Gemeingefährlichkeit des Täters an die Stelle des heute zu ausschließlich angewandten Begriffes der verbrecherischen Tat gesetzt werden?" Berichterstatter Prof. Dr. Prins und Advokat Dupont (Brüssel); „Über Rehabilitation." Berichterstatter Untersuchungsrichter G. le Poittevin (Paris) und Assessor Dr. Rosenfeld (Berlin); „Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen." Berichterstatter Prof Dr. v. Liszt (Berlin); „Über die Konzentration der vergleichenden internationalen Kriminalistik." Berichterstatter Prof. Dr. van Hamel (Amsterdam); „Die Aufhebung der strafrechtlichen Folgen des Rückfalles infolge von Zeitablauf, tätiger Reue und ähnlichen Ursachen." Berichterstatter Professor Dr. Foinitkij (Petersburg); „Das internationale Verbrechertum und seine Bekämpfung." Berichterstatter Regierungsassessor Dr. Lindenau (Berlin). Die Versammlung wird durch einen für die weitere Öffentlichkeit bestimmten Vortrag des Präsidenten Professors Dr. Prins eröffnet werden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.